

J CANADA. PARL. C. DES C.
103 COM. SPEC. DE LA SECURITE
H72 SOCIALE.
1944/45
S4 Procès-verbaux et tém.
A4

DATE

NAME - NOM

SESSION DE 1944
CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL
DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 1

SÉANCES DES
JEUDI 24 FÉVRIER 1944
et
MERCREDI 1er MARS 1944

TÉMOINS:

L'honorable Ian Mackenzie, ministre des Pensions et de la Santé nationale,
Ottawa.

Le docteur J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique,
ministère des Pensions et de la Santé nationale, Ottawa.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI

1944

ORDRES DE RENVOI

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le VENDREDI 4 février 1944.

Il est résolu,—Que soit institué un Comité spécial de la Chambre pour faire une étude et préparer un rapport sur un plan national d'assurances sociales qui constituerait une charte de sécurité sociale pour tout le Canada, et à cette fin,

Que ce Comité s'enquiert et fasse l'étude de la législation sociale actuelle du Parlement du Canada et des diverses législatures provinciales, des régimes d'assurances sociales des autres pays, des mesures d'assurances sociales les plus réalisables au Canada, y compris l'assurance-maladie, ainsi que des moyens requis pour les inclure dans un plan national, des adaptations d'ordre constitutionnel et financier requises pour la mise en œuvre d'un plan national de sécurité sociale, et de tous les autres sujets connexes.

Que ce Comité soit autorisé à instituer, avec les membres qui le composeront, les sous-comités qu'il jugera utiles ou nécessaires pour traiter de certains aspects déterminés des problèmes mentionnés plus haut, à assigner des personnes, à faire produire écrits et dossiers, à interroger des témoins ayant prêté serment, à faire imprimer au jour le jour les écrits et les témoignages qu'il ordonnera pour l'usage des membres du Comité et de la Chambre; que le Comité fasse rapport à la Chambre de temps à autre; et que ce Comité se compose des députés suivants: MM. Adamson, Blanchette, Bourget, Breithaupt, Bruce, Mme Casselman (*Edmonton-Est*), MM. Claxton, Cleaver, Côté, Diefenbaker, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Gregory, Hatfield, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lalonde, Leclerc, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, McGregor, McIvor, Maybank, Mayhew, Mitchell, Picard, Shaw, Slaght, Veniot, Warren, Wood et Wright, et qu'on suspende à cet effet les dispositions de l'article 65 du Règlement qui fixe le nombre des membres des comités spéciaux.

Copie conforme.

Le Greffier de la Chambre,
ARTHUR BEAUCHESNE.

Le MARDI 29 février 1944.

Il est ordonné,—Que douze membres constitueront le quorum dudit Comité.

Copie conforme.

Le Greffier de la Chambre,
ARTHUR BEAUCHESNE.

RAPPORT À LA CHAMBRE

Le JEUDI 24 février 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale a l'honneur de présenter son

PREMIER RAPPORT

Votre Comité recommande que son quorum soit fixé à douze membres.

Le tout respectueusement soumis.

Le président,
CYRUS MACMILLAN.

PROCÈS-VERBAUX

Le JEUDI 24 février 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin.

Présents: MM. Breithaupt, Bruce, Mme Casselman, MM. Donnelly, Fulford, Gershaw, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Leclerc, Lockhart, Macmillan, McCann, McIvor, Mayhew, Picard, Shaw, Slaght, Veniot, Warren et Wright—21.

Sur proposition de M. McIvor, appuyé par l'honorable M. Bruce, l'honorable Cyrus Macmillan est élu à l'unanimité président. M. Macmillan prend le fauteuil et dit à quel point il apprécie l'honneur que lui confère le Comité en le réalisant président.

Sur la proposition de M. Veniot, M. Blanchette est élu vice-président.

M. Howden propose que les membres suivants, qui composaient le sous-comité du programme l'an dernier, soient renommés membres de ce sous-comité cette année, à savoir: MM. Macmillan (le président), Blanchette (le vice-président), Diefenbaker, Gershaw et MacInnis.

La motion est adoptée.

M. Hurtubise propose que le Comité fasse imprimer au jour le jour 1,500 exemplaires en anglais et 700 en français de ses procès-verbaux et des témoignages entendus, ainsi que des autres documents que le Comité pourra désigner.

M. Lockhart propose en amendement que soient imprimés 1,500 exemplaires en anglais et 400 en français des procès-verbaux et témoignages. L'amendement est adopté.

M. Donnelly propose que le Comité demande à la Chambre de réduire son quorum à 12 membres. La motion est adoptée.

M. Slaght suggère que le président s'entende avec les présidents des autres comités avant de fixer l'heure des séances, afin d'éviter que ces séances se nuisent. Le président consent à faire ces démarches.

Sur proposition de M. Donnelly, le Comité s'ajourne à 11 h. 30 du matin, pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le MERCREDI 1er mars 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin, sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Adamson, Blanchette, Bourget, Breithaupt, Bruce, Mme Casselman, MM. Cleaver, Côté, Donnelly, Fauteux, Gershaw, Gregory, Hatfield, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lalonde, Leclerc, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, McIvor, Maybank, Mayhew, Picard, Shaw, Slaght, Veniot, Warren et Wood—35.

Le président annonce que l'honorable M. Mackenzie, ministre des Pensions et de la Santé nationale, va faire une déclaration.

L'honorable M. Mackenzie adresse la parole au Comité au sujet de la Loi sur l'aptitude physique nationale, loi adoptée par la Chambre à la dernière session. Il parle ensuite du bill sur l'assurance-santé et il indique la décision prise par le gouvernement en conformité des recommandations présentées par le Comité dans son rapport en date du 23 juillet 1943.

On distribue aux membres du Comité des exemplaires du 7e texte du bill de l'assurance-santé; M. Mackenzie lit au Comité les parties qui ont subi des modifications, et il donne les raisons motivant ces modifications.

M. Mackenzie dépose un exemplaire du livre blanc déposé récemment à la Chambre des communes britannique (pièce n° 2). Puis il établit une comparaison entre les plans financiers de la Grande-Bretagne et ceux du Canada. Le ministre termine son exposé et le président le remercie.

Le docteur J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique au ministère des Pensions et de la Santé nationale, est appelé, interrogé et se retire.

M. Howden propose:

Que les associations qui ont déjà soumis des mémoires et qui désirent maintenant exprimer d'autres opinions ou fournir d'autres renseignements au Comité, peuvent faire de nouvelles représentations par écrit avant le 31 mars. Les autres organisations qui n'ont pas encore exprimé leurs vues sont également invitées à le faire par écrit.

La motion est adoptée.

Sur proposition de M. Blanchette, le Comité s'ajourne à midi et demi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 1er mars 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin, sous la présidence de l'hon. Cyrus Macmillan.

Le PRÉSIDENT: Ce matin, nous entendrons une déclaration du ministre des Pensions et de la Santé nationale, l'hon. M. Mackenzie.

L'hon. M. MACKENZIE: Monsieur le président et messieurs, je tiens à remercier le Comité de la courtoisie qu'il me témoigne en me permettant d'être son premier témoin cette année, comme je l'ai été l'an dernier. Si vous voulez avoir l'amabilité de vous référer au rapport que vous avez présenté à la Chambre au cours de la dernière session, vous y trouverez votre recommandation au sujet d'une loi sur l'aptitude physique, loi qui a été adoptée par la Chambre. J'ai simplement voulu mentionner cela incidemment avant d'aborder l'examen du bill principal de l'assurance-santé. Cette loi a été mise en vigueur par proclamation. Elle a été promulguée le 1er novembre dernier, et il y a deux ou trois semaines nous étions organisés et nous avons maintenant un représentant de chaque province dans le Conseil national de l'aptitude physique. Voici les noms de ces représentants:

W. A. Wellband, de Regina, Saskatchewan.

Arthur A. Burrige, de Hamilton, Ontario.

Le Dr Jules Gilbert, de Québec, P.Q.

Jerry Mathison, de Vancouver, C.-B.

Joe H. Ross, de Calgary, Alberta.

Le Dr W. C. Ross, de Halifax, Nouvelle-Ecosse.

Minot Brewer, de Fredericton, Nouveau-Brunswick.

R. Wray Youmans, de Winnipeg, Manitoba.

Le major Ian Eisenhardt, d'Ottawa, directeur national de l'aptitude physique.

Cinq provinces participent au projet et deux autres songent à emboîter le pas. L'Ontario n'a pas encore signifié son intention d'y adhérer.

A présent, je voudrais examiner brièvement avec vous les changements que nous opérons. Vous vous souviendrez sans doute que votre rapport recommandait l'adoption des principes du bill de l'assurance-santé de l'an dernier, mais qu'il formulait certaines recommandations, dont je parlerai au cours de mon bref exposé.

L'honorable Cyrus Macmillan, président du Comité spécial de la sécurité sociale, a présenté à la Chambre des communes, le vendredi 23 juillet 1943, le quatrième rapport du Comité spécial de la sécurité sociale. Ce rapport contenait entre autres les recommandations suivantes, qui se rapportent à l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé que j'ai présenté au Comité le 16 mars 1943.

1. Il faudrait fournir aux provinces, avant que le bill soit approuvé ou qu'il en soit fait rapport à la Chambre après modification, des renseignements détaillés sur les dispositions qu'il contient.
2. En vue de fournir ces renseignements, les fonctionnaires compétents des ministères intéressés devraient recevoir instructions de se rendre auprès des autorités provinciales pour les renseigner sur tous les détails du projet de loi.

3. Il faudrait, si la chose est possible, convoquer, avant la prochaine session du Parlement, une conférence réunissant les représentants des provinces et du Dominion en vue d'étudier certains problèmes complexes, les questions financières et constitutionnelles entre autres.
4. A la lumière des informations obtenues dans l'intervalle, un comité parlementaire et le Comité consultatif d'assurance-santé devraient poursuivre l'étude du projet de loi.

En conformité des recommandations du Comité spécial de la sécurité sociale, la commission consultative de l'assurance-santé a réuni des renseignements pour les provinces, sous le titre de "Données relatives au plan d'assurance-santé pour le Canada et d'aptitude physique nationale". Cette publication contient un résumé de l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé, avec explication de chaque article et un sommaire des aspects financiers, accompagnés d'un abrégé de quelques mémoires présentés par diverses associations, telles que l'Association des médecins du Canada, l'Association canadienne de l'hygiène publique, l'Association des dentistes du Canada, etc. Toutes les provinces en ont reçu des exemplaires.

Après examen de la recommandation à l'effet que des fonctionnaires visitent les provinces pour y renseigner les autorités sur la nature de l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé, la Commission consultative de l'assurance-santé a constaté que les aspects financiers du projet de loi ne sont pas encore susceptibles d'une estimation assez précise pour que les représentants de la Commission consultative puissent indiquer le coût envisagé et soumettre aux provinces une proposition définie quant aux contributions à faire par le Dominion et par les provinces; le Comité spécial de la sécurité sociale ayant recommandé de convoquer une conférence de représentants des provinces et du Dominion pour discuter les questions financières et constitutionnelles en jeu, la Commission consultative en est venue à la conclusion qu'il vaut mieux attendre cette conférence pour parler de l'aspect financier de l'avant-projet de loi. On espérait que les articles financiers en seraient précisés et simplifiés d'ici cette conférence.

A cet égard, un comité financier spécial, composé de représentants de la Banque du Canada, du ministère des Finances, de la division de l'impôt sur le revenu (ministère du Revenu), de la division de l'assurance-chômage (ministère du Travail) et de la division des statistiques démographiques (Bureau fédéral de la statistique), a siégé continuellement durant trois mois pour étudier sous tous leurs aspects les articles financiers de l'avant-projet de loi; ce comité a présenté, le 28 décembre 1943, le rapport suivant:

A la suite de son étude, le Comité considère que:

1. Les moyens envisagés pour fixer la contribution des soi-disant "affiliés cotisés" exigeraient le recours à des rouages administratifs incommodes et dispendieux; de toute façon, ils ne donneraient probablement pas satisfaction et seraient peut-être tout à fait inapplicables.

2. La prime annuelle de \$26 par assuré représente une moyenne trop élevée; il faudrait la rectifier dans le cas de la majorité des assurés, ce qui imposerait de lourdes charges financières aux provinces. (Le recensement indique qu'en 1941, 62 p. 100 environ des salariés gagnaient moins de \$950 par année.)

3. Il semble injuste de faire payer au chef de famille de très faible revenu une contribution représentant un plus fort pourcentage de son revenu qu'il n'a paru bon de faire payer au célibataire de revenu égal.

4. Il ne semble pas bon d'exiger de contribution spéciale des patrons, sous un plan global; de toute façon, la contribution du patron, telle qu'elle est proposée, et parce qu'elle est limitée à la partie de la contribution de l'employé que celui-ci est financièrement incapable de payer, représenterait, selon les calculs qui ont été faits, une part relativement faible du total; en général, elle retomberait sur le petit patron plutôt que sur les

grandes sociétés commerciales. La partie importante de la contribution patronale qui retomberait sur les cultivateurs employant des travailleurs sans autre salaire qu'une allocation de subsistance est de nature à soulever de l'opposition; la perception en serait aléatoire pour une grande part. Les provinces auxquelles il serait le plus difficile d'assumer le coût de l'assurance-santé seraient celles qui profiteraient le moins des contributions patronales du genre recommandé dans l'avant-projet de loi provincial. Un autre point important est que la contribution patronale du genre projeté accroît directement le coût de la production et, à ce titre, tend à décourager dans une certaine mesure l'emploi et à désavantager le Canada dans la concurrence internationale.

5. Si la subvention fédérale d'assurance-santé doit être versée surtout dans le but de procurer à toutes les provinces les moyens financiers de participer au plan, le fait fondamental que constitue la capacité financière inégale des provinces, tel que le reflètent leurs états annuels de revenus et de dépenses, doit être reconnu comme il convient. Les dispositions de l'avant-projet de loi ne tiennent pas compte de cette capacité financière inégale.

Le Comité a, en conséquence, recommandé que les dispositions financières de l'avant-projet de loi soient révisées de manière à pourvoir à une nouvelle base de contribution établie comme suit:

1. Que toute personne âgée de plus de 16 ans domiciliée dans la province contribuera à la Caisse d'assurance-santé comme suit:

(a) Une contribution annuelle uniforme de \$12; que les personnes avec charges de famille, autres que les personnes âgées de moins de 16 ans, soient tenues responsables de la contribution des personnes à leur charge et que des règlements soient établis pour permettre la remise d'une partie ou de la totalité de cette contribution dans le cas de ceux qui prouvent leur incapacité de payer; qu'il incombera à la province de percevoir ces contributions et que dans les cas où des remises sont consenties, la province sera tenue de combler le manquant pourvu que dans le cas où une province, après l'application de l'assurance-santé pendant deux années ou plus, puisse démontrer son habilité à pourvoir des services d'hygiène de la qualité requise à un coût, par assuré, inférieur à la moyenne fédérale, il sera loisible à cette province de réduire proportionnellement la contribution uniforme annuelle, mais le montant de \$12 servira pour les fins du calcul de la subvention fédérale.

(b) Un montant fondé sur le revenu de la personne et établi d'après les bases suivantes:

- (i) Pour un célibataire, 3% de son revenu au-dessus de \$660 par année, pourvu qu'en aucun cas cette contribution ne dépasse \$30.
- (ii) Pour une personne mariée, 5% de son revenu au-dessus de \$1,200 par année, pourvu qu'en aucun cas cette contribution ne dépasse \$50.

Le gouvernement fédéral percevrait cette contribution en même temps que l'impôt sur le revenu. Elle serait basée sur le revenu tel que défini et évalué pour les fins de l'impôt sur le revenu. Elle serait perçue de la même manière et en même temps que l'impôt sur le revenu, mais elle ferait l'objet d'une inscription et d'un calcul distincts dans la déclaration de l'impôt sur le revenu. La contribution serait déterminée et prélevée en vertu de la Loi fédérale et s'appliquerait aux citoyens domiciliés dans les provinces qui se prévaudraient de la subvention de l'assurance-santé.

2. Que chaque année le Dominion contribuera au coût de l'assurance-santé dans chaque province un montant égal:

Au nombre de personnes de tous âges dans la province, qui ont droit de recevoir des prestations, multiplié par le coût moyen annuel estimatif des prestations par tête pour toutes les provinces;

Moins le nombre de personnes de 16 ans ou plus qui ont droit de recevoir des prestations, multiplié par \$12.

Et, en outre, moins le montant perçu par le gouvernement fédéral des citoyens domiciliés dans la province sous forme de contributions à l'assurance-santé basées sur le revenu pour l'année.

Le gouvernement fédéral contribuera donc, en réalité, à la Caisse d'assurance-santé de chaque province le coût total estimatif des prestations (suivant la moyenne pour toutes les provinces) pour les enfants de moins de 16 ans et l'excédent du coût moyen estimatif des prestations dépassant \$12 par tête pour les personnes de 16 ans et plus, dans la mesure que ces montants ne peuvent être puisés à même les contributions de l'assurance-santé basées sur les revenus des citoyens domiciliés dans la province.

Cette base de calcul de la subvention fédérale offre une formule automatique et appropriée pour déterminer les besoins financiers, et l'utilisation du coût moyen des prestations dans toutes les provinces stimulera puissamment chaque province à restreindre ses propres dépenses.

3. Que la province devra assumer les frais d'application de la loi et tout excédent du coût des prestations au delà de la moyenne du Dominion sur laquelle la contribution fédérale est basée.

On estime que le coût des prestations s'élèveraient à près de \$250 millions par année, que les cotisations d'assurance-santé de \$12.00 par adulte atteindraient \$100 millions, que les contributions de 3 p. 100 et de 5 p. 100 basées sur le revenu se monteraient à \$50 millions, ce qui laisserait environ \$100 millions à combler par le Dominion. Les gouvernements provinciaux devraient assumer le coût de toute remise sur les cotisations de \$12.00, de tout excédent du coût des prestations sur la moyenne estimative pour toutes les provinces, ainsi que les frais purement administratifs. Vous constaterez donc que les frais imputables aux provinces sont bien moindres qu'en vertu du plan étudié l'an dernier.

Il faut souligner que ces estimations ne sont destinées qu'à donner un aperçu général de l'importance probable des sommes en jeu.

Etant donné que les recommandations financières du rapport du comité des finances étaient plus simples, plus claires et plus pratiques que celles prônées d'abord par la Commission consultative de l'assurance-santé, instruction fut donnée de rédiger de nouveau l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé en vue de le rendre conforme aux nouvelles recommandations financières. Cela s'est fait et on a préparé un nouvel avant-projet de loi sur l'assurance-santé pour le Comité. En plus du remaniement des articles financiers, d'autres modifications ont été apportées à l'avant-projet de loi pour le rendre plus simple et plus clair.

Le texte présentement soumis est le septième texte de l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé. A noter qu'alors que le texte primitif soumis au Comité spécial de la sécurité sociale prévoyait des contributions par les employeurs, les employés, les personnes cotisées, le Dominion et les provinces, l'avant-projet de loi actuel prévoit des contributions par la population, le Dominion et les provinces, celles de ces dernières se bornant au paiement des frais d'administration et du montant des remises de contributions dans le cas des personnes qui ne peuvent verser les \$12 par année pour elles-mêmes et les adultes à leur charge.

Au début, seuls les employés pouvaient profiter de l'assurance-santé, et seuls les employés et les employeurs en étaient les contributeurs. Ensuite, les contributions devaient provenir de trois sources: les employés, les employeurs et l'Etat.

Dans les plans d'assurance-santé nationale, comme dans le projet de loi actuel, la tendance est de prélever les contributions de tous les citoyens et de l'Etat. Il en est ainsi dans la Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède. En

plus des contributions des citoyens et de l'État, le Danemark et la Finlande exigent des contributions des employeurs. Les personnes les mieux versées en économie politique estiment que les contributions par les employeurs obèrent l'industrie par l'accroissement du prix de revient des denrées, ce qui rend plus difficile la concurrence avec les industries de même nature des autres pays. Les contributions par les employeurs entraînent de faibles salaires, de mauvaises conditions de travail, la mauvaise santé, un physique faible, et partant, le mécontentement chez les employeurs et les employés. Les contributions par l'État sont indispensables, autrement les dispositions en matière d'assurance sont inopérantes à cause du manque d'appui financier.

On a proposé l'adoption d'un régime tout à fait libre ou non contributif, mais on estime que ce régime provoque le sens d'indigence et est susceptible de faire croire à tort que le trésor public est inépuisable, ce qui porte à l'extravagance et à la mauvaise administration. Il est plus compatible avec la dignité et l'indépendance de l'homme qu'il achète de ses propres deniers les nécessités de la vie. Avec un système d'assurance-santé à cotisation, les prestations deviennent un droit et non une aumône. En outre, les bénéficiaires, qui sont aussi contributeurs, éprouvent un sens de responsabilité à l'endroit du coût des services et de la gestion.

Lors de la revision de l'avant-projet de loi, le titre abrégé de "Loi sur la santé nationale" a été substitué à celui de "Loi sur la santé".

Les dispositions suivantes ont été ajoutées à la première section de l'avant-projet de loi, section généralement désignée sous le nom de section du gouvernement fédéral:

1. Le gouvernement fédéral établira le coût moyen de l'assurance-santé pour les deux premières années d'application du plan et, sur cette base, versera sa contribution pour cette période. Par la suite, le coût moyen sera établi tous les trois ans. La subvention du gouvernement fédéral sera basée sur ce calcul. 3 (2).
2. Le Gouverneur en conseil peut édicter des règlements pour déterminer le nombre de personnes qualifiées et d'adultes qualifiés dans une province quelconque, le coût des prestations d'assurance-santé et les montants dépensés par une province pour les services généraux de santé publique énoncés à la Troisième Annexe. 3 (5).
3. En attendant la détermination des montants payables à une province, le Gouverneur en conseil peut lui effectuer des versements par anticipation avec l'entente que, si le montant de ces versements par anticipation excède le montant réellement payable, l'excédent sera remboursé. 3 (6).
4. Le Gouverneur en conseil peut approuver que la gestion soit confiée à un ministère provincial de la santé plutôt qu'à une commission. 4 (1).
5. Le statisticien fédéral rassemble les statistiques. 7 (3).
6. Le lieutenant-gouverneur nomme à la Commission d'assurance-santé deux membres désignés par le Gouverneur en conseil. 11 (6).
7. Modification de la Première Annexe pour l'adopter aux nouveaux arrangements financiers et pour exécuter les recommandations formulées par le Comité spécial de la sécurité sociale. Des dispositions spéciales sont insérées dans cette annexe pour permettre aux provinces de poursuivre un programme de lutte préventive contre les conditions qui peuvent occasionner l'infirmité chez les enfants ainsi que de traitement curatif de ces derniers.

Il a été possible au cours de la revision de réduire, dans l'avant-projet de loi primitif, de 64 à 48 le nombre d'articles de la Deuxième Annexe (Loi provinciale modèle). En outre, les Annexes A, B et C sont supprimées de l'avant-projet de loi primitif, vu qu'il est considéré plus pratique que les provinces substituent des règlements à ces annexes.

Dans la Deuxième Annexe (Loi provinciale modèle) les articles 1 à 26 sont biffés et remplacés par les suivants :

DEUXIÈME ANNEXE

(Article 4)

Avant-projet de loi sur l'assurance-santé

Sa Majesté, sur l'avis et du consentement de l'Assemblée législative, décrète :

TITRE ABRÉGÉ

1. La présente loi peut être citée sous le titre : *Loi de 1942 sur l'assurance-santé (Ontario ou, selon le cas).*

INTERPRÉTATION

2. (1) En la présente loi et dans tout règlement, accord ou arrêté établi sous son régime, à moins que le contexte ne s'y oppose, l'expression

- (a) "adulte" signifie toute personne qui a atteint son seizième anniversaire de naissance et dont le lieu normal de résidence est dans la province;
- (b) "Commission" signifie l'autorité instituée par la province pour l'application de la présente loi;
- (c) "enfant" signifie toute personne qui n'a pas atteint son seizième anniversaire de naissance et dont le lieu normal de résidence est dans la province;
- (d) "Ministre" signifie le ministre de la Santé;
- (e) "prescrit" signifie par règlement de la Commission;
- (f) "règlement" signifie un règlement édicté en conformité de la présente loi.

(2) En la présente loi et dans tout règlement, accord ou arrêté établi sous son régime, à moins que le contexte ne s'y oppose, chacune des expressions suivantes a la signification qui lui est attribuée dans l'article de ladite loi cité au présent paragraphe :

- (a) "contributeurs", article 5;
- (b) "carnets d'assurance-santé", article 7;
- (c) "cartes d'assurance-santé", article 7;
- (d) "Caisse d'assurance-santé", article 9;
- (e) "timbres d'assurance-santé", article 7;
- (f) "revenu", article 6;
- (g) "médecins", article 11;
- (h) "personne qualifiée", article 3.

PERSONNES VISÉES PAR LA PRÉSENTE LOI

3. (1) Tout adulte à l'égard de qui les prescriptions de la loi sont observées par lui ou pour son compte, et tout enfant dont il a alors la charge et la surveillance sont admis à recevoir les prestations d'assurance-santé accordées par la présente loi.

(2) Toute personne apte à recevoir les prestations d'assurance-santé accordées par la présente loi peut être désignée sous le nom de "personne qualifiée".

(3) La Commission prescrit les termes et conditions selon lesquels une personne qualifiée peut obtenir sa prestation d'assurance-santé pendant qu'elle est temporairement en dehors de la province.

IMMATRICULATION

4. (1) Tout adulte doit, à ou avant une date prescrite, remettre à la Commission une déclaration rédigée en la forme et de la manière prescrites et contenant les renseignements qui peuvent être prescrits, aux fins de permettre à la Commission d'établir et de maintenir un registre des personnes qualifiées et pour d'autres objets de la présente loi.

(2) Chaque personne qui remet une déclaration doit répondre promptement aux demandes de renseignements formulées par la Commission sur toute inscription dans la déclaration ou sur des choses omises dans cette dernière, et la Commission doit instituer les autres enquêtes qui peuvent paraître nécessaires en vue de déterminer l'exactitude de la déclaration et des renseignements obtenus par suite de cette enquête.

(3) Aucune inscription apparaissant dans une déclaration de ce genre non plus que les renseignements obtenus par suite d'une enquête instituée comme susdit ne lie la Commission.

CONTRIBUTEURS

5. (1) Sauf les dispositions du présent article et de l'article six de la présente loi, tout adulte doit verser, chaque année, à la Caisse d'assurance-santé une contribution de douze dollars, de la manière, à l'époque et à l'endroit qui peuvent être prescrits.

(2) Un adulte exclusivement à la charge d'un autre adulte n'est pas tenu de verser la contribution mentionnée au premier paragraphe du présent article, mais la personne à la charge de laquelle il se trouve doit, en sus de la contribution qu'elle est tenue d'acquitter, verser à la Caisse d'assurance-santé une contribution de douze dollars au nom de l'adulte à charge, pour chaque année que ce dernier est ainsi à charge.

(3) Si un adulte est partiellement à la charge d'un autre adulte, ou complètement à charge pendant une période inférieure à une année, la Commission peut prescrire le montant de la contribution que chacune de ces personnes doit verser.

(4) La Commission peut, par règlement, déterminer les personnes ou les catégories de personnes qui, pour les fins du présent article, sont censées des personnes à charge.

(5) Les personnes astreintes par le présent article à verser une contribution peuvent être désignées sous le nom de "contributeurs".

AJUSTEMENT DES CONTRIBUTIONS

6. (1) Lorsque le revenu d'un contributeur est inférieur à un montant prescrit, la contribution autrement exigible de lui en vertu de l'article cinq de la présente loi peut, sur demande, être réduite du montant que la Commission détermine en conformité des règlements prescrits.

(2) La Commission peut établir des règlements prescrivant la manière de déterminer le revenu d'une personne aux fins du paragraphe premier du présent article.

(3) Le trésorier provincial doit, à même les deniers non attribués faisant partie du Fonds du revenu consolidé, verser à la Caisse d'assurance-santé des montants égaux à ceux par lesquels les contributions ont été réduites sous le régime du premier paragraphe du présent article.

(4) Toute personne peut interjeter appel des conclusions de la Commission à l'égard de la détermination de son revenu pour les fins du présent article.

(5) La Commission peut édicter des règlements prescrivant les délais et le mode des appels, la constitution de l'autorité chargée de les entendre et juger, et toute décision rendue par cette autorité est définitive et péremptoire et n'est pas sujette à révision.

MODES DE PAYEMENT

7. (1) Sous réserve des dispositions de la présente loi, la Commission peut édicter des règlements sur toutes questions relatives au payement et à la perception des contributions exigibles en vertu de l'article cinq de la présente loi, et, en particulier,

- (a) Spécifiant la manière dont les payements doivent être effectués et les époques et conditions auxquelles ils doivent l'être;
- (b) Enjoignant aux patrons de percevoir de leurs employés les contributions payables par ces derniers en exécution de l'article cinq de la présente loi, au moyen de déductions sur leurs salaires, gages ou autrement, et de transmettre les montants perçus à la Commission;
- (c) Pourvoyant à l'inscription, dans les carnets ou sur les cartes d'assurance-santé, du détail des contributions versées concernant les personnes à qui ces carnets ou cartes se réfèrent;
- (d) Prévoyant l'émission, la vente, la garde, la production et la remise des carnets ou cartes d'assurance-santé qui ont été perdus, détruits ou mutilés; et
- (e) Prévoyant l'offre d'une récompense à quiconque rapportera un carnet ou carte d'assurance-santé qui a été perdu, ainsi que le recouvrement, de la personne ayant la garde du carnet ou de la carte au moment de sa perte, de toute récompense payée à quiconque l'aura rapporté.

(2) La Commission peut, par règlement, pourvoir au versement des contributions, et des arriérés de contributions, au moyen de timbres (en la présente loi appelés "timbres d'assurance-santé") apposés ou imprimés sur les carnets ou cartes (en la présente loi appelés respectivement "carnets d'assurance-santé" et "cartes d'assurance-santé") ou autrement, et ces timbres ou les dispositifs servant à les imprimer, ou les autres modes de versement, doivent être préparés et délivrés de la manière qui peut être prévue dans les règlements.

(3) La Commission peut, par règlement, établir des dispositions pour l'émission, la garde, la production, l'oblitération et la remise des timbres, et elle peut conclure une convention avec le ministre des Postes du Canada, ou les autres personnes qui peuvent être désignées, pour la vente des timbres.

REMBOURSEMENT DES CONTRIBUTIONS

8. Lorsqu'un contributeur verse à la Caisse d'assurance-santé, sous le régime de l'article cinq de la présente loi, un montant excédant les contributions qu'il est tenu d'acquitter en vertu dudit article, il peut lui être effectué un remboursement de cet excédent, aux termes et conditions que la Commission peut prescrire, si l'excédent en question n'est pas inférieur à cinquante cents.

CAISSE D'ASSURANCE-SANTÉ

9. (1) Est institué, au Fonds du revenu consolidé de la province, un compte spécial appelé Caisse d'assurance-santé (en la présente loi appelé "la Caisse"), au crédit duquel le trésorier provincial doit à l'occasion porter

- (a) Toutes contributions versées en exécution de la présente loi;

- (b) Les peines pécuniaires payables à la Caisse;
 - (c) Toutes subventions accordées à la province par le gouvernement du Canada pour les fins de la présente loi et tous paiements faits à la province par le gouvernement du Canada en vertu du paragraphe quatre de l'article trois de la *Loi sur la santé nationale*, chapitre..... du Statut du Canada de 1944, d'après les contributions d'assurance-santé exigibles sous le régime de la Partie de la *Loi de l'impôt de guerre sur le revenu*, chapitre quatre-vingt-dix-sept des Statuts révisés du Canada, 1927;
 - (d) Tous montants payables à la Caisse, sur les revenus de la province, aux termes de la présente loi ou autrement, ainsi que toutes autres sommes reçues pour le compte de la Caisse; et
 - (e) Les intérêts provenant de tous placements de la Caisse.
- (2) Sous réserve des dispositions de la présente loi et de ses règlements d'exécution, le trésorier provincial peut, sur réquisition de la Commission ou de ses fonctionnaires autorisés, payer à même la Caisse toutes sommes nécessaires pour acquitter les frais des prestations d'assurance-santé accordées par la présente loi.
- (3) Des règlements peuvent être établis sous le régime des présentes aux fins
- (a) D'autoriser la nomination d'un comité, dont les pouvoirs sont définis par les règlements, pour placer à l'occasion toute partie de la Caisse qui n'est pas ordinairement requise pour les fins de la présente loi, et pour vendre ou échanger des valeurs ainsi placées pour d'autres valeurs semblables; et
 - (b) De réaliser les objets du présent article.

Les articles 27 à 65 ont été numérotés de nouveau pour revenir les articles 10 à 48 et ils ont subi de légères modifications terminologiques visant à les simplifier. Ces changements ne constituent pas un abandon radical de la phraséologie ni de la terminologie du premier texte du bill. Je n'ai lu que les articles qui comportent un changement sensible du texte primitif.

Le nouveau texte étend l'assurance-santé à tout le monde, sans considération de revenu, et permet ainsi à chacun de recevoir des soins médicaux suffisants. Il protège les familles contre les risques de maladie et offre une protection aux mères aussi bien qu'aux enfants. Il encourage la suppression de la tuberculose et des maladies vénériennes et il aidera à réduire les maladies mentales, les affections cardiaques, les maladies des artères et des reins, le diabète, le cancer et les maladies de l'âge mûr. Il aidera à étendre à tout le pays les services d'hygiène publique fédéraux, provinciaux ou municipaux. Il permettra aux professions médicales et autres de s'attaquer vigoureusement et efficacement aux causes des maladies et de la mort. Je vous le soumets donc avec confiance, monsieur le président, madame Casselman et messieurs, sachant qu'il offre à notre pays un système moderne de services d'hygiène publique et de soins médicaux qui devra nécessairement améliorer d'une manière durable la santé du peuple canadien.

On vous a distribué des exemplaires du mémoire intitulé "Données relatives au plan d'assurance-santé pour le Canada et d'aptitude physique nationale" et le texte du projet de loi sur l'assurance-santé.

Avec votre permission, messieurs, je tiendrais à éclaircir davantage, mais brièvement, les dispositions financières.

Le Dominion contribuera pour une somme égale à la population totale de chaque province, multipliée par le coût, par personne, lequel a été provisoirement fixé à \$21.60.

A déduire le nombre de personnes âgées de 16 ans ou plus, multiplié par \$12.

A déduire également le montant perçu par le rouage de l'impôt sur le revenu.
Par exemple:

En prenant pour base le recensement de 1941, la population totale de toutes les provinces multipliée par le coût, par personne, donnerait environ.....	\$250,000,000
Moins la contribution de \$12 de la part des adultes, laquelle représenterait approximativement	100,000,000
	<hr/>
	\$150,000,000
Moins la somme perçue par le fédéral par l'entremise du rouage de l'impôt sur le revenu, pour la province et qui serait d'environ	50,000,000
	<hr/>
Il reste, pour la part que le Dominion doit assumer et prélever à même l'impôt général, une somme approximative de....	\$100,000,000

Le Dominion assumera le paiement entier pour chaque enfant âgé de moins de seize ans, ainsi que la différence entre \$12 et \$21.60 pour les adultes, moins la somme perçue par l'entremise de l'impôt sur le revenu.

Les provinces seront tenues d'assumer les remises de la contribution de \$12 accordées à ceux qui sont incapables de contribuer, ce qui, en se basant sur la meilleure estimation possible, ne dépasserait pas \$15,000,000, soit environ le montant que les provinces et les municipalités ont dû déboursier pour les soins médicaux fournis aux indigents en 1941. En outre, les provinces assumeront les frais d'administration. L'estimation de ces frais fut arrêtée tout d'abord à 10 p. 100 du coût par personne (\$21.60) ou \$2.16 par personne. Le Comité qui s'occupe de la question financière est d'avis que le taux de 10 p. 100 est trop élevé et que le taux sera plus près de 5 p. 100, ou \$1.08 par personne.

J'ai ici le livre blanc récemment déposé à la Chambre des communes britannique. Il a été reçu hier. C'est le seul exemplaire en ma possession, mais je consens à le laisser à la disposition du Comité, à titre de renseignement pour les honorables membres qui désireraient le consulter. C'est le premier exemplaire reçu.

Maintenant, je tiendrais à faire une brève comparaison entre la base financière du plan britannique projeté et celle de notre propre projet. Le nouveau plan d'assurance-santé britannique est le suivant: coût annuel de l'assurance-santé, 147.8 millions de livres, ce qui représente \$657.7 millions en établissant la livre à \$4.45. Le coût par personne sur un chiffre de population de 41,460,000 est de \$15.86.

Selon le livre blanc, ce plan est financé comme suit: subventions de l'Echiquier, 94.4 millions de livres ou \$420.1 millions et le montant par personne, provenant de l'Echiquier est de \$10.13; les autorités locales fournissent un total de 53.4 millions de livres ou \$237.6 millions, soit une contribution par personne, provenant des autorités locales, de \$5.73, ce qui fait un total, par personne, de \$15.86.

Les subventions de l'Echiquier se répartissent comme suit: subventions directes, médecins et médicaments, en tout 33.4 millions de livres ou \$148.6 millions, et \$3.58 par personne; hôpitaux généraux (municipaux, bénévoles, pour maladies mentales et maladies contagieuses) 43.4 millions de livres, \$193.1 millions, et, par personne, \$4.66; soins à domicile et soins dentaires (coût total 18 millions de livres) 9 millions de livres, \$40.1 millions, par personne, .97; 50 p. 100 du coût estimatif majoré pour une année normale, 8.6 millions de livres, \$38.3 millions, par personne, .92. Ceci fait un total, par personne, de \$10.13, comme je l'ai dit il y a quelques instants. Subvention de l'Echiquier aux hôpitaux: 100 livres par lit, aux hôpitaux généraux—\$1.25 par jour. Trente-cinq livres par lit, aux hôpitaux pour maladies mentales et contagieuses—\$0.42 par jour.

Maintenant, établissons brièvement une comparaison avec ce que je crois être les divers projets qu'on propose pour le Canada.

Le nouveau projet d'assurance-santé au Canada: coût annuel estimatif de l'assurance-santé, environ \$250 millions; coût estimatif, par tête, de toutes les prestations, \$21.60 (ce montant est sujet à revision).

Subventions fédérales, estimation \$100,000,000; contributions versées aux provinces par les individus, \$100,000,000; contributions versées par les individus par l'entremise de l'impôt sur le revenu, \$50,000,000, ce qui forme un total de \$250,000,000.

Contributions provinciales—frais d'administration (5 p. 100 du coût des prestations) et remise des contributions pour ceux qui ne peuvent pas verser le plein montant. Ces estimations ne sont qu'approximatives et ont pour but de donner une idée générale des sommes comprises. Le Comité des finances est à poursuivre son étude du coût.

C'est tout ce que j'ai à dire en matière d'introduction. Il ne s'agit là que de projets ministériels; il n'y a rien de précis ou de définitif sous ce rapport. Le gouvernement n'a pas encore étudié le projet de loi; c'est tout simplement le travail des comités à qui j'ai un peu aidé. C'est le résultat de l'étude complète, que le comité a entrepris sans aucune directive de la part des autorités gouvernementales en ce qui concerne les programmes que le comité devrait reconnaître. Maintenant, dans l'avant projet de loi que vous avez devant vous, aux pages 2 à 10, les montants ont été laissés en blanc; le Comité des finances s'occupe de les déterminer selon les recommandations qui lui sont faites, et les renseignements nécessaires seront fournis sous peu à votre Comité.

Je vous ai donné un court exposé des projets soumis à l'étude du Comité pour qu'il en dispose de la manière qu'il jugera appropriée.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Mackenzie.

M. JOHNSTON: Dois-je comprendre que l'exposé que le ministre vient de faire est un résumé du rapport du Comité des finances?

L'hon. M. MACKENZIE: C'est véritablement le rapport du Comité des finances.

M. JOHNSTON: Le rapport entier?

L'hon. M. MACKENZIE: Oui.

M. JOHNSTON: Si j'ai bien compris vous avez dit que c'était un résumé.

L'hon. M. MACKENZIE: Voici, il y a ici des membres de ce comité et nous pourrions le leur demander.

M. JOHNSTON: Est-ce un résumé du rapport ou le rapport lui-même?

Le Dr HEAGERTHY: Il vaudrait peut-être mieux vous adresser à M. Howes.

M. JOHNSTON: Je me demande si nous pourrions être fixés.

M. J. E. HOWES: Je dirais que c'est un résumé du rapport.

M. JOHNSTON: Le rapport ne pourrait-il pas être versé au compte rendu du Comité?

L'hon. M. MACKENZIE: Nous n'avons pas d'objection. Il a été modifié de temps à autre et c'est pourquoi nous ne l'avons pas déposé aujourd'hui. Nous le ferons sous peu.

M. JOHNSTON: Et il sera inséré dans le compte rendu du Comité?

L'hon. M. MACKENZIE: Je n'ai pas d'objection.

M. BRUCE: J'ai demandé au ministre si, d'après ce que j'ai compris, il avait bien dit que les représentants du ministère ou le Comité consultatif n'avaient pas encore communiqué avec les provinces ou ne leur avaient pas encore fait part des dispositions du bill projeté.

L'hon. M. MACKENZIE: Non. Nous avons pris des mesures pour qu'il soit envoyé aux provinces, mais les dispositions financières ont dû être remodelées, et nous avons cru qu'il serait plus sage d'attendre que le rapport ait été reçu et

étudié. Il y aura plus tard une conférence provinciale au cours de laquelle ces projets seront discutés.

M. KINLEY: Je comprends qu'on se propose d'adopter la loi nécessaire sans modifier l'Acte de l'Amérique britannique du Nord.

L'hon. M. MACKENZIE: Pour ma part, je suis fermement convaincu qu'il est impossible à l'heure actuelle de modifier l'Acte de l'Amérique britannique du Nord en ce qui concerne la santé au Canada. J'en suis persuadé. C'est pourquoi, me semble-t-il, les seuls moyens de succès sont la coopération, les subventions, et le mode proposé ici. Les provinces sont entièrement soulagées du fardeau. L'an dernier, nous avons cru que, dans certains cas, les projets financiers étaient trop lourds pour les provinces. Le premier ministre Garson, du Manitoba, a comparu devant le Comité et a présenté un excellent exposé. J'ai approuvé en grande partie ce qu'il a dit. Le coût pour les provinces est moindre que celui mentionné dans le projet soumis l'an dernier. Il se peut que certains aspects des projets financiers soient naturellement sujets à critique, et c'est bien ici la place pour le faire, mais je crois qu'au Canada,—la situation différant entièrement de celle qui concerne l'assurance-chômage—il existe, en matière de santé, certaines conditions ou circonstances que ne se prêtent pas à une centralisation rigide.

Mme CASSELMAN: Y a-t-il une disposition en vertu de laquelle une province pourrait adopter le projet avant d'autres, ou un certain nombre de provinces pourraient le mettre en vigueur même si une ou deux ne l'ont pas encore fait?

L'hon. M. MACKENZIE: Ce point n'est pas encore définitivement décidé. Il n'y a pas de doute que le gouvernement devra l'étudier avec soin. Reste à savoir s'il en sera de même que pour le cas de la Loi des pensions de vieillesse; la Colombie-Britannique fut la première à l'adopter et à bénéficier de la pension de vieillesse tandis que les autres provinces ne l'adoptèrent que plusieurs années plus tard. Il peut arriver qu'il soit nécessaire que trois ou quatre provinces adoptent le projet, ou encore qu'il faille procéder comme dans le cas de la Loi de la pension de vieillesse et débiter avec une province. C'est une question qui reste à décider.

M. McCANN: Je tiendrais à savoir si les modifications apportées aux deux projets de loi ont été effectuées à la suite de représentations faites par une province, ou sans consultation avec les autorités provinciales.

L'hon. M. MACKENZIE: Non. Ces modifications ont été établies à la suite de recommandations de la part du Comité consultatif qui a révisé soigneusement les dispositions financières des projets, soumis au Comité d'an dernier. Nous avons ensuite convoqué cinq des techniciens les plus compétents du service public à Ottawa qui ont eux-mêmes révisé les projets officiels avec l'approbation et l'aide de M. Watson. Pour ce qui a trait au rapport dont j'ai donné un résumé ce matin, ils ont cru bon de retarder la consultation avec les provinces jusqu'à ce qu'il soit complété, ou jusqu'à ce qu'une conférence avec les provinces puisse être convoquée.

M. McCANN: Est-il question que des fonctionnaires du ministère visitent les provinces avant que les premiers ministres des provinces ou leurs représentants soient consultés au sujet du projet de loi?

L'hon. M. MACKENZIE: Je ne le pense pas, docteur. Voici comment nous procéderons. A une séance du Conseil de salubrité fédéral, les ministres provinciaux de la Santé ou leurs délégués viendront discuter les nouveaux projets que j'ai décrits ce matin. Il se peut que plus tard, ait lieu la conférence fédérale provinciale. Nous n'avons pas l'intention d'envoyer qui que ce soit visiter les provinces.

M. KINLEY: En suivant votre exposé, j'avais l'impression que vous accorderiez plus de liberté aux provinces pour l'établissement de leur organisme, et que le ministre de la Santé ou le ministère de la Santé des provinces qui représente le peuple serait peut-être plus compétent que la commission responsable.

L'hon. M. MACKENZIE: C'est une alternative qui est laissée entièrement à leur jugement et décision.

M. WOOD: A-t-on pris des dispositions en ce qui concerne les objections que pourraient soulever certaines institutions religieuses où les questions de santé font partie du culte?

L'hon. M. MACKENZIE: Non, le projet de loi fédéral n'en fait pas mention. Nous avons eu des pourparlers avec certains groupements religieux qui font certaines réserves à l'égard de la théorie médicale orthodoxe. Nous leur avons dit que cette question relevait entièrement des provinces et qu'ils devraient faire leurs représentations aux provinces lorsque ces dernières adopteront leurs projets de loi. Mon principe est que partout où ces gens ont des droits, la province ne devrait pas intervenir.

M. MACINNIS: Est-ce que les \$250,000,000 comprennent le coût de tous les services de santé ressortissant à cette Loi, ou est-ce un montant approximatif?

L'hon. M. MACKENZIE: Ce sont des octrois directs versés par le gouvernement fédéral aux gouvernements provinciaux, et ils ne sont pas accessibles à la province qui ne se prévaut pas de la Loi sur la santé nationale.

Le Dr HEAGERTY: Un certain délai sera accordé aux provinces pour se prévaloir des subventions, à l'exception de celle de la santé publique, à laquelle une province aura droit dès l'adoption du bill.

M. WARREN: Relativement à la question que M. Wood a soulevée, j'apprends que les Scientistes chrétiens ont modifié leurs recommandations l'an dernier et désirent présenter un court exposé au Comité cette année. Leur sera-t-il permis de comparaître?

Le PRÉSIDENT: Il appartient au Comité d'en décider. J'ai compris en juillet dernier que la période au cours de laquelle des exposés pouvaient être présentés était close. Nous avons entendu 117 témoins l'an dernier, et nous avons dit que s'il n'y avait pas de témoignages nouveaux à présenter, nulle autre personne ne serait entendue. J'apprends maintenant que les Scientistes chrétiens voudraient apporter une modification au mémoire qu'ils ont présenté l'an dernier, et suivant moi, on devrait leur permettre de le faire. Cependant, c'est une question qu'il appartient au Comité de trancher. Le danger en l'occurrence tient au fait que si nous acceptons des dépositions additionnelles d'une personne ou d'un groupe de personnes, il est probable que nous serons obligés d'accueillir des dépositions additionnelles d'autres individus qui tiendront à faire certaines représentations. L'audition d'autres témoignages donnera lieu à des délibérations prolongées. Toutefois, je serais bien aise que les représentants de la Science chrétienne présentent les témoignages additionnels qu'ils voudront.

M. BREITHAUP: Comme le ministre le signale, c'est une question qui concerne les provinces; dans ce cas, pourquoi est-il nécessaire de les entendre?

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président et messieurs, un groupe de Scientistes chrétiens m'a interviewé à mon bureau et je leur ai signalé que nulle exemption ne pouvait être accordée sous le rapport des contributions, qu'il ne s'agissait pas seulement de soins médicaux mais de prévention aussi, et que les contributions étaient requises pour la prévention aussi bien que le traitement. Ils ont dit qu'ils étaient parfaitement disposés à contribuer sur la même base que les autres et ne demandaient pas d'exemption à ce titre, mais ils craignaient d'être peut-être contraints d'accepter quelques-unes des prestations qu'ils ne pouvaient approuver à cause de leurs sentiments religieux. Je leur ai demandé de rédiger, pour l'inclure dans l'avant-projet de loi, une clause les exemptant d'accepter des prestations, et c'est ce qu'ils ont fait. Ils ont consenti à ce que cette clause soit soumise au ministère de la Justice pour étude. Le ministère de la Justice a signalé que les Scientistes chrétiens n'étaient pas obligés d'accepter aucune des prestations dans le bill, et que l'inclusion d'une clause en ce sens était absolu-

ment superflue. Lors d'une entrevue ultérieure, je leur ai fait part de l'opinion exprimée par le ministère de la Justice. De plus, j'ai soumis leur demande, par écrit, aux membres du comité consultatif. Chaque membre du comité consultatif a jugé qu'il serait inopportun de soustraire un groupe quelconque à l'obligation des contributions. Par ailleurs, notre conseiller juridique, M. Gunn, a signalé que l'inclusion d'une clause exemptant les Scientistes chrétiens de l'acceptation des prestations constituerait une redonnance, vu qu'ils n'étaient pas contraints d'accepter les prestations. Ils m'ont demandé alors si le Dominion conviendrait de payer des honoraires à leurs praticiens, mais je n'ai pu me prononcer d'une manière définitive à ce sujet. J'ai signalé que leurs guérisseurs priaient auprès des malades, et que si des honoraires étaient versés de ce chef nous serions peut-être obligés de payer un cachet aux membres des autres corps religieux quand ils visitaient les malades et priaient pour eux. Cependant, je leur ai suggéré de discuter la question de paiement avec les provinces parce que le Dominion avait, apparemment, épuisé toutes les possibilités sous ce rapport.

M. BRUCE: Je ne suis pas bien certain si vous avez laissé entendre que vous vous proposiez d'accepter un autre mémoire d'une organisation; s'il en est ainsi, je voudrais faire observer que cela créerait un précédent et permettrait à d'autres organisations de comparaître.

Le PRÉSIDENT: J'ai signalé cela, docteur Bruce, mais j'ai dit également que si quelqu'un voulait présenter, relativement à son changement d'opinion, un mémoire écrit qui différerait de son exposé de l'an dernier, un tel exposé devrait être accepté.

M. BRUCE: Je réclamerais le même droit pour la *Canadian Medical Association*.

Le PRÉSIDENT: Certainement.

M. BRUCE: Et cela vaudrait naturellement pour tous les autres.

Le PRÉSIDENT: Mais il n'y aura pas d'autres représentations.

M. McCANN: Je suggère qu'il soit laissé au président et au comité du programme de décider si un mémoire sera présenté ou si ces gens comparaitront personnellement.

Le PRÉSIDENT: Docteur McCann, je ne crois pas que ce serait au comité du programme ou au président d'en décider. Pour moi, il vaudrait mieux que le Comité décide si nous devrions accepter d'autres représentations orales ou accepter des modifications par écrit ajoutées aux mémoires qui ont pu être présentés antérieurement.

M. MACINNIS: Il me semble que ce mode de procéder serait préférable. Personne ne s'opposerait à ce qu'une société qui a comparu devant nous l'an dernier modifie par écrit son rapport ou son mémoire.

M. ADAMSON: Et les rapports modifiés pourraient être inclus dans le compte-rendu des témoignages?

M. BRUCE: Je crois que nous avons entendu assez de témoignages.

M. CÔTÉ: Je serais intéressé à savoir si la profession médicale de la province de Québec a fait des représentations depuis que nous avons ajourné l'an dernier. On m'apprend qu'il s'est répandu chez les membres de la profession médicale dans la province de Québec certaines opinions qui ne cadrent pas absolument avec les représentations qu'ont faites les dirigeants de leur société médicale au Comité l'an dernier. J'aimerais savoir si des représentations quelconques ont été reçues.

L'hon. M. MACKENZIE: Je ne me souviens pas d'en avoir reçu.

M. FAUTEUX: Avez-vous reçu d'autres représentations du Père Bouvier, qui avait comparu devant le Comité l'an dernier, et qui, à ce que l'on m'informe, entretient maintenant des opinions différentes de celles qu'il énonçait alors?

Le Dr HEAGERTY: Le Père Bouvier a fait des représentations au Comité. Le groupe de l'assistance sociale du Québec est d'opinion que le régime de l'assurance-santé ne devrait pas s'appliquer à tous sans exception. Il croit que les citoyens dont le revenu atteint \$1,200 et les campagnards dont le revenu ne dépasse pas \$1,000 devraient être assujettis au régime. J'ai discuté la question avec le Père Bouvier et j'ai signalé que l'exclusion de groupes considérables de personnes dans la province de Québec rendrait un mauvais service à la population de Québec, étant donné que la prévention de la maladie occupe une place très importante dans le plan. Je lui ai mentionné les taux élevés de mortalités infantile et maternelle dans le Québec, et j'ai exprimé l'opinion que si l'entière population de Québec n'était pas assujettie au plan, la réduction de la mortalité à la fois maternelle et infantile et celle de la mortalité imputable à la tuberculose et à d'autres maladies s'effectuerait beaucoup plus lentement que dans les autres provinces qui adoptaient la mesure intégralement. Je crois que notre discussion a porté surtout sur ces aspects du sujet.

M. McCANN: Le Père Bouvier a-t-il énuméré les raisons pour lesquelles il voulait que l'application de la Loi fut limitée aux personnes touchant les revenus mentionnés?

Le Dr HEAGERTY: Le Père Bouvier a envisagé la question du point de vue sociologique. Il a exprimé l'opinion que des personnes touchant de gros revenus étaient en mesure de se procurer des services, pour eux-mêmes et pour leurs enfants, et qu'en conséquence, ces personnes, leur épouse et leurs enfants ne devraient pas être assujettis à un régime obligatoire.

M. ADAMSON: Vous avez dit qu'en 1941, 62 p. 100 des gens gagnaient moins de \$950 par année?

Le Dr HEAGERTY: Oui.

M. ADAMSON: Le Comité a-t-il estimé ce que serait le chiffre maintenant?

Le Dr HEAGERTY: Le recensement de 1941 est le dernier qui ait été pris. Je doute que le Comité puisse établir présentement une estimation plus récente sans une étude spéciale portant sur l'estimation des populations et des frais. Les études de cette nature sont faites ordinairement au regard des chiffres du recensement.

M. ADAMSON: Jugez-vous que les chiffres du recensement de 1941 sont suffisamment à jour ou suffisamment exacts pour les fins de ce bill?

Le Dr HEAGERTY: Oui.

M. SHAW: Pour ce qui concerne les représentations, a-t-on indiqué assez clairement l'an dernier que tous les organismes intéressés devraient faire des représentations avant la clôture de nos délibérations? Personnellement, j'estime qu'il y aurait lieu de considérer cette question favorablement s'il est établi que d'autres représentations sont justifiées.

Le PRÉSIDENT: L'an dernier, chaque organisme qui a demandé d'être entendu a présenté un exposé.

M. SHAW: Oui, mais je me demandais, monsieur le président, si l'on a indiqué publiquement d'une façon suffisamment claire qu'il faudrait que les représentations fussent faites au plus tard avant la fin de juillet l'an dernier?

Le PRÉSIDENT: Nous avons indiqué d'une façon suffisamment claire que nous étions prêts à accueillir des représentations en tout temps; c'était le mieux que nous pouvions faire. Il était bien établi que le Comité était disposé à prendre connaissance de toutes représentations.

M. HOWDEN: Avons-nous tiré au clair cette question d'amendements ou d'exposés additionnels, ou faut-il que nous la tranchions par voie de résolution?

Le PRÉSIDENT: Il faut la tirer au clair.

M. HOWDEN: Pour régler la question je proposerais que le Comité accueille des exposés additionnels par écrit.

M. MACINNIS: J'appuie la proposition.

M. KINLEY: Nous constatons que des particuliers entretiennent aujourd'hui sur ces questions une opinion qui diffère des opinions déjà formulées par les diverses associations et je crois qu'ils devraient éclairer le Comité en lui indiquant jusqu'à quel point ils ont débattu la question avec leurs associations afin de savoir ce qu'ils désirent au juste. Dans la partie du pays où je demeure il existe une grande divergence d'opinion quant aux dispositions du projet de loi, et nombre de gens ont besoin d'être passablement éduqués sur ce sujet.

Le PRÉSIDENT: La motion du Dr Howden, telle que je l'entends, vise à ceci. L'an dernier, nous avons reçu des représentations de certaines organisations. Nous avons entendu tous ceux qui ont demandé de faire des exposés. Maintenant, certaines sociétés affirment qu'elles ont d'autres vues à formuler, ou qu'elles ont changé d'opinion dans l'intervalle. La motion du Dr Howden leur permet de soumettre un exposé écrit de ces modifications d'opinions ou de ces ajoutés, s'ils le veulent.

M. KINLEY: C'est une excellente proposition, me semble-t-il.

Le PRÉSIDENT: M. MacInnis l'a appuyée.

M. KINLEY: Nous avons modifié le bill, et il me semble que lorsque vous avez changé votre avant-projet de loi, toute personne qui a fait des représentations précédemment devrait être entendue de nouveau.

Le PRÉSIDENT: C'est ce à quoi la résolution de M. Howden pourvoit.

M. DONNELLY: Y a-t-il quelque organisation qui a demandé d'être entendue et qui n'en a pas eu l'occasion?

Le PRÉSIDENT: Non.

M. DONNELLY: En connaissez-vous qui veulent être entendues?

Le PRÉSIDENT: Je sais seulement que les Scientistes chrétiens voudraient présenter des témoignages additionnels portant sur leur changement d'opinion.

M. JOHNSTON: Quant à la présentation d'autres témoignages, je me demande s'il est juste d'empêcher les intéressés de soumettre un exposé au Comité, quand vous vous proposez de permettre à quelques-uns de formuler d'autres représentations par écrit.

Le PRÉSIDENT: Il s'agit d'exposer un changement d'opinion.

M. JOHNSTON: Le simple fait qu'ils ont changé d'opinion ne leur confère pas le droit de présenter deux exposés quand d'autres personnes qui n'ont probablement pas fait de représentations l'an dernier voudraient en formuler cette année. Il semble que cela constitue plutôt un abus dans les circonstances.

Le PRÉSIDENT: Il faut se rappeler que les sociétés en question ont fait prendre des dispositions pour être entendues de nouveau si elles le voulaient, et elles n'ont pas exprimé de désir en ce sens.

M. JOHNSTON: Oui. Mais le public a-t-il été suffisamment éclairé sur la situation?

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. JOHNSTON: En tant que membres du Comité, nous avons peut-être clairement compris cela, mais je doute que le public en général ait eu l'impression qu'aucun exposé ne serait admis après le mois de juillet l'an dernier.

Le PRÉSIDENT: Non. Le public a été prévenu que le Comité se réunissait pour entendre des représentations et que les associations désireuses de présenter un mémoire auraient la permission de le faire. Or, on ne s'attend pas assurément à ce que le Comité parcoure les grandes routes en disant: "Désirez-vous venir

nous adresser la parole?" Le public sait par la voix des journaux ce que le Comité entend faire. A mon sens, le Comité a fait tout ce qui lui était possible de faire pour rendre ses méthodes publiques.

M. JOHNSTON: Oui, cela se peut très bien; le Comité a exprimé le désir d'entendre des représentations de la part de quiconque voulait en formuler, mais aucun délai n'a été fixé. Si le Comité fixait un délai, on ne jugerait pas, ce me semble, que le Comité sollicite les observations de part et d'autre. Je ne crois pas qu'une telle ligne de conduite soit interprétée de cette façon.

Le PRÉSIDENT: Puis-je m'enquérir si vous connaissez quelque société désireuse de soumettre un mémoire?

M. JOHNSTON: La chose m'a été mentionnée, mais je ne saurais dire de façon précise si la société en question désire présenter un mémoire ou non. Je suis d'opinion que s'il y a des organisations ou des particuliers qui veulent présenter un mémoire, ils ne devraient pas en être empêchés quand nous entendons permettre à ceux qui ont déjà fait des représentations d'en soumettre d'autres par écrit.

Le PRÉSIDENT: S'ils soumettent leur mémoire au comité du programme, ce dernier pourra décider s'il est utile qu'ils soient entendus. Je serais d'avis qu'ils devraient être entendus dans le cas des deux ou trois prochaines semaines.

M. BRUCE: Devraient-ils témoigner ou soumettre un mémoire?

Le PRÉSIDENT: Ils devraient se contenter d'un mémoire. Une nouvelle organisation devrait soumettre un mémoire, et si nous estimons que nous voudrions interroger leurs représentants, nous pouvons leur demander de comparaître ici.

M. BRUCE: J'ignore quand nous mettrons un terme à cela. J'ai siégé ici et écouté 117 témoins, et je crois que si nous entendons faire avancer l'étude de ce bill nous devons procéder plus expéditivement que nous le faisons présentement. Aussi, je m'oppose à ce que d'autres représentations soient faites. Je crois que l'on a publié le fait que nous siégeons et que toute personne qui voulait présenter un exposé était invitée à le faire. Je trouve que cela suffit. Conséquemment, je m'oppose aux nouveaux retards qui résulteront de l'audition d'autres représentations de la part de qui que ce soit.

M. LOCKHART: Je voudrais simplement ajouter un mot, monsieur le président. Je me rallie à la proposition de M. Howden, mais je dis en connaissance de cause qu'il existait dans certains milieux l'impression que l'Acte de l'Amérique britannique du Nord serait peut-être modifié de manière à rendre le projet réalisable. C'est bien l'impression que certains groupes ont eue. Cela expliquerait peut-être le retard dans le cas de certaines organisations auxquelles M. Johnston semble songer. Mais je déclare formellement qu'il existait l'impression qu'une telle mesure serait nécessaire. Or, le ministre a indiqué bien clairement que, dans son opinion,—et j'estime que son opinion compte,—nulle modification ne serait apportée à l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, qu'il ne serait pas praticable de le modifier. Je tiens à signaler le fait. N'eût été cette impression, il est possible que la présentation des mémoires ne se serait pas terminée aussi vite.

M. CÔTÉ: J'appuie la résolution de M. Howden, mais je me rallie aux observations de M. Bruce. J'estime que si nous accueillions des représentations écrites de la part d'organismes publics qui n'ont pas comparu devant le Comité, cela ne retarderait guère les délibérations du Comité. Je proposerais qu'un communiqué sollicitant ces exposés par écrit soit remis aux journaux afin que l'on ne puisse pas dire plus tard que le Comité a cherché à restreindre aucun de ces exposés.

M. LOCKHART: Il faudrait que ces exposés fussent soumis à une date définie.

M. CÔTÉ: Oui, à une date définie.

M. LOCKHART: Alors, cela réglerait la situation.

Le PRÉSIDENT: Quelle date proposeriez-vous?

M. CÔTÉ: Je proposerais que vous indiquiez clairement au public par l'entremise d'un communiqué à la presse que le Comité est disposé à recevoir des exposés additionnels quelconques, ou à prendre connaissance de nouveaux témoignages jusqu'à telle ou telle date.

M. BRUCE: Je parlais seulement des témoins additionnels que l'on convoquerait ici. Je ne m'oppose pas à ce que vous venez de proposer.

M. CÔTÉ: C'est la raison pour laquelle je me rallie à votre opinion. Je crois que des témoins nouveaux retarderaient beaucoup le Comité.

L'hon. M. MACKENZIE: Oui.

Mme CASSELMAN: L'avant-projet de loi comporte des changements que les divers organismes qui ont présenté leurs vues l'an dernier voudraient sans doute prendre en considération. Est-ce que ces modifications changeraient leurs exposés?

L'hon. M. MACKENZIE: Je serais porté à croire qu'elles les changeraient dans certains cas.

Le PRÉSIDENT: On m'informe qu'elles influeraient probablement sur leurs représentations.

Mme CASSELMAN: J'estimerais que nous devrions accueillir des représentations additionnelles par écrit.

Le PRÉSIDENT: Si on le désire.

Mme CASSELMAN: Oui, mais n'entendons pas de nouveaux témoins.

M. JOHNSTON: Monsieur le président, je ne veux pas trop m'attarder sur ce sujet, mais je ne crois pas qu'il soit bien satisfaisant de se borner à la seule admission des exposés par écrit. Je ne vois pas comment le Comité perdrait du temps en entendant les représentations orales. Je crois qu'il est peu satisfaisant de faire présenter ces exposés par écrit et de les consigner tout simplement au compte rendu car, règle générale, vous ne tirez pas le même avantage que lorsque les représentations sont faites en personne. Rappelez-vous ce qui est arrivé l'an dernier quand le premier ministre du Manitoba, l'honorable M. Garson, a voulu comparaître devant ce Comité. Il adressait la parole au comité de la restauration. On l'a fait taire à ce comité-là et on lui a dit de présenter son exposé au Comité de la sécurité sociale. A son tour, le Comité de la sécurité sociale a refusé de le faire comparaître, mais il a convenu de verser son exposé au compte rendu. Je suis persuadé que le Comité n'a pas tiré de l'exposé de l'honorable M. Garson, qui fut simplement consigné au compte rendu, autant de profit que si M. Garson l'avait présenté. Je ne crois pas que cette façon de procéder nous aide beaucoup; de fait, j'en doute fort.

M. MACINNIS: La présente session est la deuxième depuis que nous avons été saisis de cette mesure. A mon sens, tous nos concitoyens préféreraient de beaucoup nous voir procéder à l'étude du bill d'assurance-santé que de nous voir siéger dans le but d'entendre les représentations d'organismes divers. Si nous différons encore un an l'adoption du bill, nous prêterons beaucoup plus le flanc à la critique que si nous refusons d'entendre des représentations orales de la part d'organismes intéressés. Les représentations qui peuvent être soumises par écrit, soit à titre de modifications, soit à titre de représentations nouvelles, peuvent être résumées pour l'information du Comité par le président ou le secrétaire, et nous serons en mesure de juger si elles comportent quelque chose d'utile touchant la question à l'étude. Comme M. Bruce, je suis entièrement d'avis que nous avons fourni ample occasion aux intéressés de présenter leurs vues au Comité, et nous devrions maintenant nous occuper de l'étude au projet.

M. SHAW: Monsieur le président, je soutiens que les changements apportés à l'avant-projet de loi justifieraient l'accueil de représentations. De la sorte, si d'autres organismes ne doivent pas communiquer avec le Comité, je recommanderais que ceux qui nous ont déjà soumis des représentations en restent là. Envisageons la question avec justice. Comme je l'ai dit tantôt—je veux le répéter—si les modifications appellent d'autres représentations, elles pourront en justifier de nouvelles de la part d'organismes qui peuvent se croire plus fondées de les faire maintenant qu'au début de l'enquête.

M. ADAMSON: Le Comité est libre. Je veux me rallier aux observations de M. MacInnis. Si quelque organisme s'est inscrit fortement en faux contre quelque point, il peut assurément nous exposer ses objections par écrit. Si ses récriminations sont très violentes, nous pouvons les débattre au Comité.

Le PRÉSIDENT: Et si nous y tenons, nous pouvons assigner ces organismes.

M. ADAMSON: Oui; si nous tenons à assigner des témoins, je crois que l'on devrait nous le permettre.

Le PRÉSIDENT: Messieurs, vous avez entendu la motion du Dr Howden, appuyée par M. MacInnis?

M. CLEAVER: Pourrions-nous entendre cette motion avant de voter à son sujet, monsieur le président?

Le PRÉSIDENT: Elle est à l'effet que les organismes qui ont déjà soumis des mémoires et qui peuvent maintenant vouloir exprimer d'autres opinions ou communiquer d'autres données au Comité, peuvent les soumettre par écrit au Comité.

M. LOCKHART: Jusqu'à une certaine date, monsieur le président.

Le PRÉSIDENT: Jusqu'au 15 mars?

M. LOCKHART: Ah! non. Cela ne donne que quinze jours; c'est insuffisant.

M. BREITHAUPT: Cela ne leur donnerait pas assez de temps. Nous avons étudié longuement ce point, mais je ne crois pas que nous devrions accorder un si court délai. Nous voulons tous aller de l'avant, mais je proposerais la limite du 31 mars.

M. MACINNIS: Oui, cela me va.

Le PRÉSIDENT: Disons alors le 31 mars.

M. JOHNSTON: Je crois d'après le texte ci-dessus, monsieur le président, que tous les autres organismes sont exclus.

Le PRÉSIDENT: Non. J'allais aborder ce point lorsque j'ai été interrompu. Cette motion englobe aussi d'autres organismes qui n'ont pas encore été entendus mais qui veulent exposer leurs opinions par écrit.

M. CLEAVER: Le Comité aurait-il alors l'autorité d'assigner des témoins?

Le PRÉSIDENT: Oui, s'il est d'avis que leur présence est nécessaire, c'est bien.

M. MAYHEW: Où en serions-nous si, ayant débattu ce projet de loi, nous constatons, après l'avoir étudié de nouveau avec les autorités provinciales, qu'il faudrait le remodifier afin de faire droit aux demandes des provinces? Serions-nous obligés de tout recommencer?

Le PRÉSIDENT: Non.

M. MAYHEW: A mon sens, il faut adopter une limite si nous voulons que le bill soit adopté.

Le PRÉSIDENT: Nous espérons que l'éventualité dont vous avez parlé n'arrivera pas. Naturellement, elle peut survenir.

M. MAYHEW: En supposant des modifications, vous admettez de nouveaux témoignages. D'autres modifications vous obligeront à les admettre.

L'hon. M. MACKENZIE: Il est à espérer que les membres du Comité monteront assez d'entente quant au but fondamental de ces propositions avant la

tenue de la conférence provinciale. Nous pourrions peut-être faire rapport à la Chambre ensuite. Puis il n'y aurait plus de propositions à soumettre touchant cette mesure.

Le PRÉSIDENT: Messieurs, vous avez entendu la motion. Quels sont ceux qui en veulent l'adoption? Et ceux qui en veulent le rejet?

La motion est adoptée.

M. HATFIELD: Il semblerait qu'il faudra beaucoup plus d'hôpitaux au pays après l'entrée en vigueur du présent projet de loi et que les hôpitaux au pays devront être agrandis. A-t-on pourvu aux subventions aux municipalités ou aux provinces concernant l'augmentation des hôpitaux?

Le Dr HEAGERTY: C'est un point qui peut être discuté. Des gens croient qu'il faudra un très grand nombre de nouveaux hôpitaux à cause du nombre des malades chroniques qui devront être traités. Mais pour ce qui est de l'hospitalisation, des règlements pourront pourvoir au cas de ces malades. On me dit qu'en Nouvelle-Zélande, les malades font maintenant la queue aux abords des bureaux des médecins. Cela ne devrait pas arriver ici si nous réglementons les rendez-vous chez les médecins en exigeant que les consultations se fassent sur rendez-vous. Cela ne présenterait pas de difficultés. C'est simplement une question d'administration. Nous ne saurions pourvoir dans le projet de loi à l'étude à l'accroissement des hôpitaux, vu que leur construction est du domaine des provinces. Nous n'avons pas tenté dans cet avant-projet de loi d'accorder aux commissions provinciales l'autorisation de construire de nouveaux hôpitaux. Si ces hôpitaux s'imposent, la commission pourra s'adresser aux autorités provinciales qui ont juridiction en la matière. La commission n'aura pas la moindre autorité à cet égard. Elle pourra s'adresser aux autorités provinciales pour obtenir la construction d'autres hôpitaux au besoin.

M. HATFIELD: Les autorités provinciales obtiendront-elles des subventions?

Le Dr HEAGERTY: Pas d'après le présent projet de loi.

M. HOWDEN: Mais celui-ci comporte que l'on construira des hôpitaux dans les régions qui en sont actuellement démunies, n'est-ce pas?

Le Dr HEAGERTY: Les provinces et les commissions provinciales pourront étudier ce point. Nous n'avons pas tenté de résoudre tous les menus problèmes que comporte l'attribution des prestations. Les commissions provinciales devront étudier ce point.

M. HATFIELD: N'y a-t-il pas une grande pénurie d'hôpitaux au Canada?

Le Dr HEAGERTY: La difficulté à l'heure actuelle est l'insuffisance des médecins. Il en résulte donc relativement trop d'hôpitaux. Certains de ces derniers manquent de personnel et sont donc fermés.

M. KINLEY: Monsieur le président, la formule financière paraît être assez vaste. Il me semble que le comité financier qui a soumis son rapport devrait se présenter au Comité, lui donner les raisons de ses conclusions et autres données afin que nous le comprenions facilement.

L'hon. M. MACKENZIE: Je suis tout à fait de votre avis. Il pourra se présenter à la prochaine séance que fixera le Comité.

M. BRUCE: Je me demande si le président pourrait nous dire quand le Comité se réunira de nouveau, afin que nous prenions nos dispositions en conséquence.

Le PRÉSIDENT: Je suis sûr que tous les membres du Comité veulent avoir quelque temps afin de lire attentivement ce projet de loi et ses dispositions. J'ai pensé que si le Comité se réunissait mardi prochain, ce serait peut-être suffisant. Cela ferait-il l'affaire?

M. BRUCE: Oui.

M. VENIOT: Je veux avoir des éclaircissements sur un point. Le ministre a dit que les contributions par les personnes de plus de 16 ans s'élèveraient à \$12 par année. Tous les citoyens canadiens verseraient-ils cette somme ou seulement ceux jouissant d'un certain revenu?

L'hon. M. MACKENZIE: L'obligation s'étend à tous les citoyens canadiens en mesure de payer. Les provinces diminueraient la somme pour ceux qui ne le pourraient pas.

M. WOOD: Les vieillards pensionnés tomberaient-ils dans cette catégorie?

L'hon. M. MACKENZIE: Non. Bien entendu, ils peuvent en profiter.

M. KINLEY: Une chose qui me surprend c'est que la rémunération d'un si grand nombre de personnes au pays soit inférieure à \$900.

L'hon. M. MACKENZIE: A \$950.

M. KINLEY: Elle est plus élevée de nos jours. Elle l'est peut-être anormalement, mais je ne crois pas que nous revenions jamais à celle de \$950.

L'hon. M. MACKENZIE: C'est la donnée du recensement de 1941. Je ne crois pas qu'elle soit aussi basse actuellement.

M. BREITHAUP: Cette rémunération moyenne de \$950 englobait quels âges?

L'hon. M. MACKENZIE: Le Comité pourra vous en informer à sa prochaine séance.

M. LECLERC: Le Dr Heagerty a dit, je crois, qu'il y a maintenant pénurie de médecins. Supposons que tout le monde après versement du \$12 annuel, aurait le droit d'appeler le médecin à toute heure du jour ou de la nuit; à mon avis cela imposerait une lourde tâche aux médecins.

Le Dr HEAGERTY: Cela se produira vraisemblablement au début. Bien des gens voudront s'assurer que les prestations sont disponibles et appelleront peut-être inutilement les médecins, mais je crois que tout se tassera après un certain temps. La Nouvelle-Zélande n'a pas constaté que la demande des services médicaux ou de l'hospitalisation s'était accrue. Les personnes faisant queue à la porte des bureaux de médecins le font peut-être à cause de la pénurie des médecins présentement.

L'hon. M. MACKENZIE: Les médecins sont en service outre-mer.

Le Dr HEAGERTY: Oui.

M. JOHNSTON: N'êtes-vous pas d'avis que si ce projet d'assurance-santé est adopté, on devrait avoir moins besoin des services des médecins qu'auparavant et que si on en a plus besoin, cela démontrerait l'échec complet de ce projet?

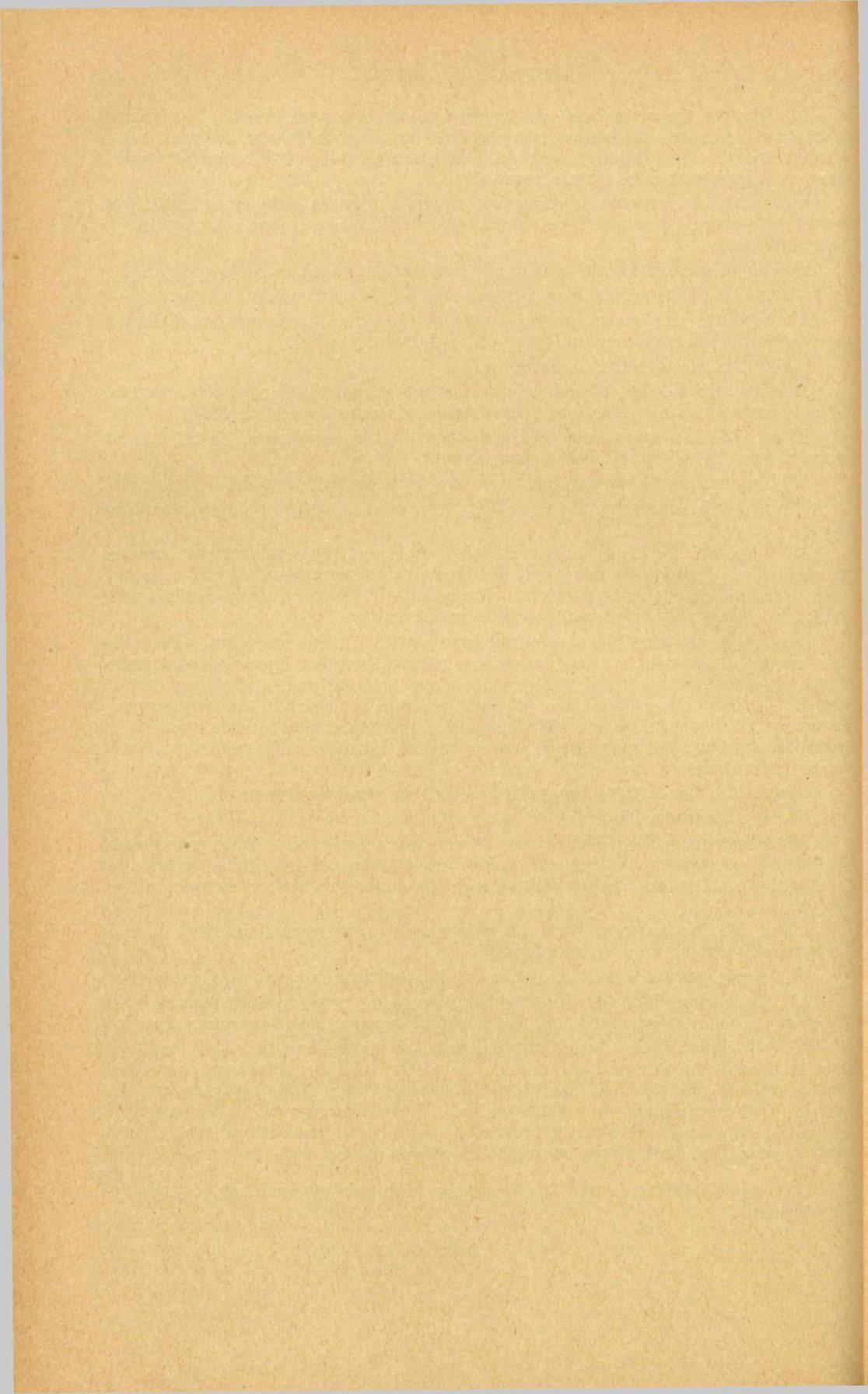
L'hon. M. MACKENZIE: Bien des personnes qui devraient consulter un médecin ne peuvent en trouver maintenant.

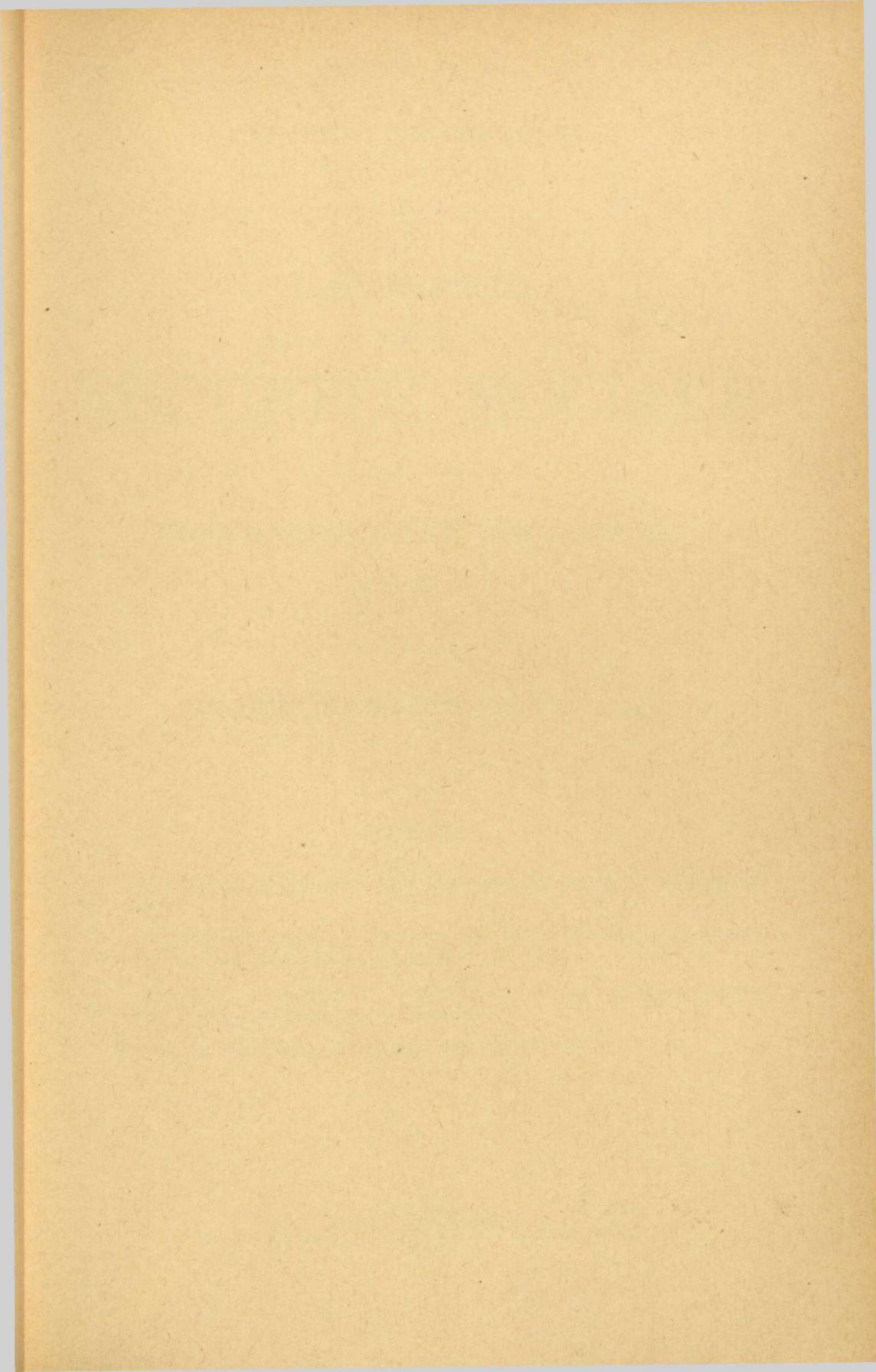
M. MAYBANK: La femme du médecin peut toujours leur dire qu'il est absent.

M. MACINNIS: Monsieur le président, pourrions-nous prendre connaissance avant la prochaine séance des données consignées aujourd'hui au compte rendu?

Le PRÉSIDENT: Oui. Je les aurai demain ou après-demain. Le Comité se réunira mardi ou mercredi prochain. Cela sera décidé après que j'en aurai conféré avec le président du Comité de la restauration. Nous essayons d'éviter que les Comités siègent en même temps. Vous serez avertis suffisamment à temps. Je demanderais aux membres du comité des finances qui étaient présents aujourd'hui d'assister à la prochaine séance du Comité.

Le Comité s'ajourne à midi et 25 pour se réunir de nouveau sur convocation du président.





SESSION DE 1944

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL
DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 2

SÉANCE DU MARDI 9 MARS 1944

TÉMOINS:

L'hon. Ian Mackenzie, ministre des Pensions et de la Santé nationale,
Ottawa.

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère
des Pensions et de la Santé nationale, Ottawa.

M. J. T. Marshall, directeur de la Division des statistiques démogra-
phiques, Bureau fédéral de la statistique.

M. R. B. Bryce, enquêteur, ministère des Finances.

PROCÈS-VERBAL

Le JEUDI 9 mars 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Adamson, Breithaupt, Bruce, Mme Casselman, MM. Côté, Donnelly, Gershaw, Gregory, Hurtubise, Johnston (*Bow River*), Kinley, Lalonde, Leclerc, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, McGregor, McIvor, Shaw, Slaght, Veniot, Wood et Wright—27.

Sont aussi présents:

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. A. D. Watson, actuaire en chef, département des Assurances, Ottawa;

M. R. B. Bryce, investigateur financier, ministère des Finances;

M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'impôt sur le revenu;

M. J. E. Howes, du personnel des recherches, Banque du Canada;

M. E. Stangroom, directeur en chef de l'assurance, Commission d'assurance-chômage; et

M. J. T. Marshall, directeur de la Division des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique.

L'honorable M. Mackenzie donne lecture au Comité du rapport préparé par le comité financier de l'assurance-santé sur les subventions concernant la santé publique qui paraissent dans la première annexe du projet de loi fédéral de l'assurance-santé.

Le Dr J. J. Heagerty, M. J. T. Marshall et M. R. B. Bryce sont appelés et interrogés, puis se retirent.

Sur proposition de M. Kinley, le Comité s'ajourne à une heure de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,

J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 9 mars 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures, sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Le PRÉSIDENT: La séance est ouverte, messieurs. Ce matin, le ministre (l'hon. M. Mackenzie) présentera le rapport du Comité financier de l'assurance-santé.

L'hon. M. MACKENZIE: Monsieur le président et messieurs les membres du Comité, j'ai ici un rapport préparé par les membres du comité financier qui ont aidé le ministère au sujet de certaines dispositions financières du bill. Je tiens à ajouter qu'en préparant ce rapport, les membres du Comité ont exprimé leur propre opinion, et non celle du ministère ou des institutions qu'ils représentent. Ce Comité est formé des hommes les plus compétents que nous ayons à notre service.

Monsieur le président, avec votre permission je lirai ce rapport. Il n'est pas très long. Et ensuite, nous vous présenterons les membres du comité ou nous suivrons la procédure que vous nous indiquerez.

Conformément à la requête verbale formulée par le Dr J. J. Heagerty, le 9 février 1944, le comité a passé en revue les nombreuses subventions énumérées dans la Première Annexe du projet de loi fédéral d'assurance-santé, afin de recommander les montants spécifiques à inscrire vis-à-vis de chaque subvention.

Le Comité se rend compte que dans les premiers projets d'assurance-santé au Canada, on s'attendait à ce que le fédéral versât, à titre de quote-part pour l'établissement de l'assurance-santé, une somme d'environ \$20,000,000, de même qu'un montant, à titre de subventions spécifiques d'hygiène publique, d'à peu près \$7,000,000 dans le but d'aider les provinces à agrandir leurs services d'hygiène publique.

Dans l'exposé intitulé "Coûts approximatifs de l'assurance-santé", préparé par le Sous-comité étudiant le coût de l'assurance-santé, il était proposé de calculer la subvention fédérale pour l'assurance-santé comme partie fractionnaire des frais de fonctionnement, c'est-à-dire:

un neuvième, soit environ \$25,000,000;

un huitième, soit environ \$28,000,000;

un sixième, soit environ \$37,000,000;

et deux neuvièmes, soit environ \$50,000,000.

Dans le rapport intérimaire du comité financier de l'assurance-santé, présenté à l'honorable Ian Mackenzie, ministre des Pensions et de la Santé nationale, le 23 décembre 1943, le Comité recommandait un plan de financement de l'assurance-santé en vertu duquel le Dominion verserait environ \$100,000,000 comme sa part des dépenses, en plus d'assumer, pour le compte des provinces, la perception d'une somme additionnelle de \$50,000,000 (la portion de la contribution individuelle à l'assurance-santé devant être perçue par l'intermédiaire de la Division de l'impôt sur le revenu).

En présentant sa demande, le Dr Heagerty déclarait au président du Comité que les sous-ministres provinciaux de la Santé, réunis en conseil de salubrité

fédéral, avaient sollicité d'une manière précise l'augmentation du montant des subventions relatives à l'hygiène publique, comme suit :

<i>Subvention</i>	<i>Montant initial</i>	<i>Montant demandé</i>
Santé publique en général	25c par tête	50c. par tête
Tuberculose (traitement)	¼ dépense provinciale	¼ dépense provinciale
Maladies mentales	¼ dépense provinciale	¼ dépense provinciale
Maladies vénériennes (enrayement)	\$200,000	\$200,000
Formation professionnelle	\$100,000	\$100,000
Enquêtes (Hygiène publique)	\$ 50,000	\$ 50,000
Enfants infirmes	\$250,000*	\$250,000

* Montant recommandé par le Comité parlementaire de la Sécurité sociale.

Etant donné l'augmentation de la contribution fédérale aux frais d'assurance-santé, le Comité estime que les provinces ne devraient pas s'attendre à un fort relèvement des montants suggérés en premier lieu en matière de subventions d'hygiène publique. Il se rend compte que ces subventions avaient originairement pour but d'encourager les provinces à légiférer en matière d'assurance-santé. Le Comité ne se considérait pas tout à fait compétent pour étudier cette question sans les conseils des spécialistes du domaine général de l'hygiène publique et des domaines spécifiques de la médecine préventive, à l'égard desquels le projet de loi d'assurance-santé prévoit qu'une aide sera accordée aux provinces.

Avant d'exposer les conclusions du présent rapport, le Comité exprime ses remerciements pour l'aide qu'il a reçue du Dr G. J. Wherrett, secrétaire de l'Association antituberculeuse canadienne, du lieutenant-colonel D. H. Williams, directeur de la Division du contrôle des maladies vénériennes, et du Dr B. T. McGhi, sous-ministre de la Santé de l'Ontario.

Le Comité a étudié les recommandations de la Commission Rowell-Sirois et les problèmes constitutionnels relatifs à l'hygiène publique, mais il se rend compte qu'à certains stades du programme de l'hygiène publique les problèmes ont dépassé la capacité financière de certaines provinces, comme dans le cas de la tuberculose et des maladies vénériennes, surtout si l'on entend organiser une forte campagne pour enrayer ces maladies. Le Comité considère qu'il est dans l'intérêt de la nation de s'attaquer avec rigueur à ces deux maladies, et il est d'avis, comme les spécialistes en la matière, qu'avec des fonds suffisants pour fournir les traitements préventifs, ces maladies pourraient être enrayerées en assez peu de temps. Par conséquent, on croit que le fédéral serait bien inspiré de déboursier d'assez fortes sommes pour combattre ces maladies, même au seul point de vue de l'avenir économique de la nation.

D'autre part, l'Acte de l'Amérique britannique du Nord a toujours réservé au pouvoir exclusif des législatures provinciales "l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine". Toutefois, même en ce qui concerne la lutte contre les maladies mentales, le financement des cliniques et institutions pour les malades mentaux, il semblerait que le fédéral fût justifié d'accorder son aide aux provinces, particulièrement par suite des progrès accomplis en thérapeutique mentale pour la prévention et l'enrayement des maladies mentales. Le Comité a été informé que l'établissement de cliniques psychiatriques pourrait prévenir l'hospitalisation d'un grand nombre de personnes atteintes de maladies mentales. Il semblerait que l'octroi aux provinces de subventions qui auraient pour effet de pourvoir à la propagation des cliniques psychiatriques, serait un bon placement économique-social pour le Dominion.

Pour ces motifs, le Comité s'autorise donc à formuler les recommandations suivantes en ce qui concerne les subventions spécifiques indiquées dans la Première Annexe de projet de loi fédéral sur l'assurance-santé :

1. Subvention générale concernant la santé publique

La proposition initiale visait à la distribution d'une subvention générale concernant la santé publique aux provinces au taux de vingt-cinq cents par tête, ce qui, selon le chiffre de la population accusé par le recensement de 1941, exigerait une dépense annuelle de \$2,872,428.

Lorsque ce chef de subvention fut examiné avec les sous-ministres provinciaux de la santé, ceux-ci étaient d'avis que ce montant aurait dû être porté à cinquante cents par tête, pour que la subvention permît aux provinces d'accroître les unités sanitaires et autres services préventifs en proportion des besoins. Le Comité a fait remarquer plus haut que depuis que les premières propositions ont été faites, il a suggéré que la contribution fédérale aux projets d'assurance-santé fût augmentée considérablement, et, comme le bill d'assurance-santé prévoit la coordination entre les services d'hygiène publique et de l'assurance-santé, il devrait être possible, en coordonnant les services administratifs en vue de ces deux fins, d'augmenter, suivant le plan actuel, les services généraux d'hygiène publique à un coût relativement peu élevé. Par conséquent, le Comité ne se croit pas justifié de recommander une augmentation du montant proposé en premier lieu, soit vingt-cinq cents par tête.

2. Subvention pour traitement de la tuberculose.

Le montant de la subvention pour traitement de la tuberculose doit s'élever au quart de tout l'argent dépensé par toutes les provinces durant l'année financière précédente pour le traitement gratuit de toutes les personnes souffrant de tuberculose, les dépenses d'immobilisation non comprises; cette subvention ne doit pas dépasser \$2,000,000 et sera répartie comme suit:

- (a) 50 p. 100 à distribuer aux provinces selon le chiffre de leur population, tel que l'établit le dernier recensement; et
- (b) 50 p. 100 à distribuer selon le chiffre moyen des mortalités causées par la tuberculose dans chaque province durant les cinq années précédentes, sur certificat du Statisticien du Dominion.

Le Comité considère que les subventions accordées aux provinces pour la lutte contre la tuberculose constituent un bon placement si, après un certain nombre d'années, elles permettent de réduire sensiblement les effets néfastes de la maladie. Il est également proposé que l'affectation de certaines sommes aux dépenses d'immobilisation dans ce domaine fasse partie du programme de restauration nationale, afin que la subvention pour la tuberculose prévue au projet de la loi d'assurance-santé soit exclusivement réservée au traitement et à la prévention de cette maladie et ne serve pas aux dépenses d'immobilisation.

La recommandation voulant que 50 p. 100 de la subvention totale soient basés sur le chiffre moyen des mortalités causées par la tuberculose, correspond à la suggestion de l'Association antituberculeuse du Canada et vise à corriger l'inégalité évidente de la gravité du problème d'une province à l'autre. Le fait que le problème de la tuberculose est trois fois plus grave en la province de Québec et dans les provinces Maritimes que dans les autres provinces semblerait justifier l'octroi d'au moins une partie de la subvention sur la base des besoins provinciaux pour combattre la maladie, et le Comité est d'avis que la suggestion à l'effet de baser la distribution sur le nombre moyen de mortalités au cours des cinq années est la plus équitable façon de distribuer la seconde moitié de la subvention pour la tuberculose.

3. Subvention relative au traitement des maladies mentales

Le montant de la subvention pour maladies mentales devrait être un septième de tout l'argent dépensé par les provinces ensemble durant l'année financière précédente pour le traitement gratuit de toutes les personnes souffrant

de maladie mentale et des déficients, à l'exclusion des dépenses d'immobilisation; la subvention devrait être répartie selon la capitation et ne pas dépasser \$2,500,000 par année.

D'après les chiffres fournis au Comité, la dépense totale contractée pour l'année 1942 dans toutes les provinces pour le traitement des maladies mentales s'élevait à environ \$19,200,000. Les prévisions initiales du Sous-comité des frais de l'assurance-santé fixaient le montant total de la subvention, sur la base d'un neuvième de la dépense provinciale totale, à \$2,171,485. Ce chiffre était établi selon une dépense totale de \$19,543,364 pour l'année 1941. Devant la preuve soumise, le Comité ne s'est pas cru autorisé à formuler des recommandations à l'effet de porter le montant de la subvention pour le traitement gratuit des maladies mentales au quart des dépenses provinciales, mais il suggère que cet article soit remis à l'étude lors d'une conférence fédérale-provinciale, et que, si la subvention doit être augmentée, les provinces soient invitées à démontrer la nécessité d'augmenter les services dans ce domaine, de même que démontrer l'effet de ces mesures sur le bien-être national par la diminution des cas de maladies mentales.

On se rend compte que le soin et le traitement des personnes atteintes de maladies mentales ont été, depuis la Confédération, la responsabilité spéciale et directe des provinces. D'autre part, par suite des témoignages présentés au Comité spécial de la sécurité sociale, qui exposaient les résultats obtenus et les possibilités offertes par les cliniques de psychiatrie et qui indiquaient aussi que "le montant dépensé, si tous les malades étaient traités gratuitement, serait bien supérieur au neuvième du coût global pour tous les malades", nous sommes d'avis que le Dominion serait amplement justifié d'accorder une subvention considérable aux provinces pour les aider à augmenter les services psychiatriques et à fournir les moyens nécessaires de traitement gratuit, en tant que programme approprié à l'assurance-santé en général.

Il est également suggéré que les dépenses d'immobilisation dans ce domaine soient envisagées comme faisant partie d'un programme national de restauration, et que la subvention destinée aux maladies mentales, d'après le projet de loi d'assurance-santé, soit utilisée uniquement pour le traitement et la prévention de la maladie, et non pour les dépenses d'immobilisation.

4. *Subvention pour la lutte contre les maladies vénériennes.*

Le Comité, après avoir discuté le problème avec le directeur de la division de la répression des maladies vénériennes, ministère des Pensions et de la Santé nationale, est convaincu que le moment est tout à fait opportun de tirer parti de l'éveil de l'opinion publique sur le problème des maladies vénériennes, qui a pris de l'ampleur depuis la guerre, afin de lancer une attaque énergique en vue d'éliminer les maladies vénériennes au cours de la prochaine période décennale. Le travail accompli dans les pays scandinaves et en Russie indique qu'une pareille attaque déterminée promet de réduire sensiblement l'incidence de ces maladies.

La subvention relative aux maladies vénériennes devrait être de \$1,000,000 par année pour une période de 10 ans, et se répartir annuellement comme suit:

- (a) 50 p. 100 du montant à répartir selon la population telle qu'elle est dénombrée par le recensement de 1941; et
- (b) 50 p. 100 du montant à répartir selon le nombre de nouveaux cas de maladies vénériennes signalées au cours de l'année civile précédente, selon que le certifie le statisticien du Dominion.

Cette subvention serait accordée à condition que chaque province contribuât pour une somme égale à sa part de la subvention.

Quant aux immobilisations pour cette fin particulière, il est proposé que les provinces soient autorisées à les composer dans la première partie de la subvention

pour toute la période de dix ans. Fort de l'opinion d'experts, le Comité a constaté que le montant initial de \$200,000 (apparemment basé sur une estimation faite en 1919) serait totalement insuffisant pour répondre au besoin immédiat si l'on désire apporter une amélioration véritable et permanente à la situation. Nous estimons que le moment est arrivé de lancer une attaque concertée contre les maladies vénériennes, et nous avons eu l'impression qu'un programme décennal (comme aux Etats-Unis) serait nécessaire et suffisant pour réduire le fléau d'une façon appréciable.

On croit que les déboursés pourraient être réduits sensiblement après l'exécution de ce programme de dix ans.

5. Subvention pour la formation professionnelle

Le montant que l'on a proposé primitivement de distribuer aux provinces pour leur permettre de donner une formation en hygiène publique aux médecins, dentistes, gardes-malades, et le reste, fut fixé à \$100,000. Le comité était d'avis que ce montant ne semble pas suffisant pour former le personnel additionnel requis pour la mise en œuvre de l'assurance-santé et l'extension des services de santé publique aux provinces, mais il a tenu compte du fait que l'on pourrait procurer aux professionnels revenant d'outre-mer une formation spéciale post-universitaire sous le régime d'un programme de rétablissement national. Le comité était aussi d'opinion qu'un plan d'ensemble de soins médicaux aussi complet que celui prévu à l'avant-projet de loi comporterait une augmentation considérable des techniciens requis. En conséquence, le comité recommande que le montant de cette subvention reste fixé à \$100,000.

6. Subvention pour fins d'enquêtes

Le comité fait respectueusement observer que dans l'avant-projet de loi d'assurance-santé, les mots "D'au plus \$. . . . pour toute enquête" figurent vis-à-vis la rubrique "Enquêtes" dans la colonne intitulée "Montant annuel de la subvention" ne limitant pas la somme annuelle susceptible d'être réclamée à cet égard. Le Dr Heagerty a fait par la suite une déclaration à l'effet que ce poste était censé signifier primitivement "ne devant pas dépasser un total de \$50,000 pour les provinces, collectivement". Le Comité estime que ce montant pourrait suffire à répondre aux besoins dans des circonstances ordinaires, mais il se pourrait, d'autre part, qu'il faille, dans des cas imprévus, dépenser plusieurs centaines de mille dollars pour étudier une seule maladie prenant le caractère d'une épidémie et pour l'enrayer. Après mûre étude d'un mémoire du Dr Heagerty, daté du 28 février 1944 et exposant par le détail les besoins relatifs à cette subvention particulière, le Comité se rallie à la proposition qu'il convient de donner à cette dernière une nouvelle désignation, soit: "Recherches sur la santé publique" et de rédiger de nouveau, dans la Première Annexe du projet de loi fédéral d'assurance-santé, ce chef de subvention comme suit:

Recherches sur la santé publique.

Aider la province à poursuivre des recherches dans le domaine de la santé publique.

La province doit convaincre le Gouverneur en conseil du besoin de cette subvention et de son emploi efficace.

D'au plus \$50,000 au cours d'une année quelconque.

Le comité estime que les déboursés de deniers publics pour fins de recherches dans le domaine de la médecine et de la santé publique sont économiquement justifiés et que l'affectation de quelques milliers de dollars à ces fins peut bien avoir pour résultat de sauver plusieurs vies et d'empêcher des souffrances humaines inouïes. De l'avis du comité, les articles 9 (1) et 9 (2) (d) de l'avant-projet de loi fédéral d'assurance-santé et l'article 9 (2) de la Loi concernant le ministère des Pensions et de la Santé nationale comportent toutes les dispositions voulues pour autoriser le Gouverneur général à fournir les fonds nécessaires dans le cas d'épidémies.

7. *Enfants infirmes*

Voir les recommandations du Comité parlementaire spécial de la sécurité sociale.

SOMMAIRE

En ce qui concerne les subventions à la tuberculose et aux maladies mentales et vénériennes, il est proposé qu'elles soient accordées à la condition que les provinces s'en prévalent dans les cinq ans qui suivront l'approbation du Gouverneur en conseil.

Le tout respectueusement soumis à la considération de l'honorable Ian Mackenzie, ministre des Pensions et de la Santé nationale, ce troisième jour de mars 1944.

R. B. BRYCE,
*Enquêteur financier, ministère des
Finances.*

H. C. HOGARTH,
*Inspecteur en chef adjoint de l'impôt
sur le revenu.*

J. E. HOWES,
*Personnel de recherches, Banque du
Canada.*

E. STANGROOM,
*Directeur en chef de l'assurance, Com-
mission d'assurance-chômage.*

J. T. MARSHALL (*président*),
Bureau fédéral de la statistique.

Monsieur le président, j'ajouterai simplement que le gouvernement n'a pas été saisi de ce rapport, le ministère le transmet à ce Comité pour étude et considération.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Mackenzie. Est-ce que le Dr Heagerty présenterait les membres du comité?

Le Dr HEAGERTY: Permettez-moi de vous présenter M. Marshall, chef du service de la statistique démographique, Bureau fédéral de la statistique. M. Marshall est membre du comité consultatif de l'assurance-santé, et comme il est président du comité des finances, je vais lui demander de présenter les autres membres du comité.

M. MARSHALL: Merci, docteur Heagerty. Monsieur le président, je voudrais vous présenter d'abord M. J. E. Howes, puis MM. H. C. Hogarth, E. Stangroom et R. B. Bryce.

Le PRÉSIDENT: A-t-on des questions à poser au sujet de ce rapport? Vous vouliez poser une question, docteur McCann?

M. McCANN: La question que j'avais posée se rapportait à la subvention relative à la tuberculose. Je constate qu'elle est établie sur le taux de mortalité. On pourrait l'accorder aussi en s'appuyant sur des données plus précises par rapport au nombre de personnes renvoyées des sanatoriums dans chaque zone, après guérison.

Le Dr HEAGERTY: Comme le sait le Dr McCann, nous ne parlons pas de personnes renvoyées de l'hôpital comme des personnes guéries. Vous le savez tout aussi bien que moi, docteur McCann, on appelle ces cas-là des cas arrêtés. De plus, le nombre de cas arrêtés ou guéris ne constitue pas une indication du nombre exact de cas de tuberculose dans une collectivité. Le seul véritable indice

que nous ayons du nombre de cas dans une collectivité est le nombre de décès. Règle générale, il y a à peu près six cas de tuberculose pour chaque décès. Pour ce qui regarde les décès, nous nous basons sur des données assez certaines, vu que ces décès indiquent le nombre véritable des cas dans la collectivité, et le nombre des cas à traiter éventuellement. Est-ce que cela répond à votre question?

M. McCANN: En partie. Comment les décès sont-ils consignés? Le sont-ils d'après le certificat du médecin qui a soigné le malade?

Le Dr HEAGERTY: Oui, ils sont signalés sur le certificat du médecin qui a soigné le malade. Le service de la statistique démographique du Bureau de la statistique les recueille, de sorte que l'administration fédérale est renseignée sur le nombre exact de décès survenus chaque année.

M. LOCKHART: Le Dr Heagerty peut-il dire si on en est venu à cette conclusion à la suite de conférences avec les provinces ou avec les sous-ministres des diverses provinces, ou s'il s'agit simplement d'une conclusion à laquelle on en est venu à Ottawa?

Le Dr HEAGERTY: C'est un principe accepté, et on en est venu à cette conclusion à la suite d'une discussion avec les provinces. Vous vous souviendrez que le Dr Wherrett, secrétaire de l'Association antituberculeuse canadienne, a comparu devant le Comité et a exprimé ses vues sur l'existence de la tuberculose dans la collectivité et sur les mesures qu'il importe d'adopter pour la prévenir et l'enrayer.

M. LOCKHART: C'est un principe accepté par qui, puis-je m'enquérir?

Le Dr HEAGERTY: Par des officiers de santé publique. Le présent Comité ne l'a pas encore accepté. Il en est saisi pour étude.

M. McCANN: Pour ce qui regarde la tuberculose, l'avant-projet primitif ne prévoyait-il pas le versement aux provinces de subventions applicables aux dépenses d'immobilisations nécessaires pour la construction de logements et l'exécution de projets connexes?

Le Dr HEAGERTY: C'est ce qui était proposé primitivement, mais le texte prévoyant la subvention dans le projet de loi actuel n'implique aucune restriction. Le comité des finances a jugé, je crois, que si un montant défini était spécifié, nous serions peut-être limités à ce montant alors qu'une plus forte somme serait peut-être disponible sous le régime du ministère de la Restauration que l'on se propose d'instituer. Je demanderai à M. Marshall de confirmer cette explication. Est-ce le cas, monsieur Marshall?

M. MARSHALL: Oui, c'est exact.

M. McCANN: D'après cet avant-projet, la subvention pour toutes les provinces ne dépassera pas \$2,000,000?

Le Dr HEAGERTY: Par année.

M. McCANN: Prenez la province d'Ontario. Elle n'en touchera qu'une faible partie. Si ma mémoire est fidèle, elle a dépensé environ \$7,000,000 l'an dernier dans la lutte contre la tuberculose.

Le Dr HEAGERTY: Comme M. Mackenzie vous l'a indiqué, on se propose de faire une distribution sur la base de 50 p. 100 par tête et de 50 p. 100 suivant le nombre des décès. Le taux de mortalité est beaucoup plus élevé dans certaines provinces que dans d'autres, et cet état de choses existe malgré que certaines provinces où le taux de mortalité est élevé dépensent presque autant d'argent que l'Ontario. n'en dépense actuellement. Le problème n'est pas aussi sérieux dans l'Ontario parce qu'on l'a attaqué énergiquement pendant un certain nombre d'années. Le problème étant beaucoup plus sérieux dans le Québec et les provinces Maritimes, ces provinces devraient bénéficier d'une plus large part de la subvention. Voilà pourquoi on a proposé que 50 p. 100 de la subvention soient basés sur le taux de mortalité.

M. McCANN: Voici l'aspect de la question que je cherche à mettre en relief: prenez une province comme l'Ontario, qui compte environ le tiers de la population du Canada. Elle dépense actuellement de \$6,000,000 à \$8,000,000 pour combattre la tuberculose et sa part de l'octroi s'établirait probablement à \$600,000 ou \$700,000. Ce n'est qu'une goutte d'eau dans l'océan par comparaison à ce qu'elle dépense déjà. A mon avis, cette aide fédérale ne constituera pas une somme suffisante pour favoriser l'expansion des services qui existent déjà dans la province pour combattre la tuberculose.

Le Dr HEAGERTY: Vous m'avez demandé au début si la question avait été discutée avec les autorités provinciales. Je songeais aux ministres de la santé ou aux premiers ministres des provinces. La question n'a pas été discutée avec eux mais elle l'a été avec le Conseil de salubrité fédéral qui, tel que je l'ai déjà signalé, compte parmi ses membres le sous-ministre de la Santé de chacune des provinces. Ce sont eux qui ont recommandé que l'on devrait mettre à la disposition des provinces les montants spécifiés suivant les conditions que M. Mackenzie vous a expliquées.

M. DONNELLY: Avez-vous dit qu'il n'a nullement été tenu compte de la situation financière des provinces, et que la répartition a été faite exclusivement suivant le nombre de cas de tuberculose et de décès imputables à cette maladie?

Le Dr HEAGERTY: Le problème a été étudié au point de vue du nombre de cas, du nombre de décès et aussi de la somme dépensée. Le Conseil de salubrité fédéral a fait entrer tous ces facteurs en ligne de compte quand il a discuté le sujet.

M. KINLEY: Je suppose que la guérison de la maladie constitue le principal objet, et que vous entendez la combattre partout où vous la constaterez.

Le Dr HEAGERTY: C'est le principal objet, mais indépendamment de cela, il a été virtuellement impossible de procurer, sous le régime de l'assurance-santé, des traitements suffisants et prolongés dans les hôpitaux généraux aux personnes souffrant de tuberculose et de maladies mentales. Aussi, on estime qu'il convient de leur procurer un traitement distinct dans des institutions qui s'occupent exclusivement du soin et du traitement de ces cas.

M. McIVOR: Existe-t-il suffisamment d'installations pour traiter les cas qui sont signalés?

Le Dr HEAGERTY: La chose est douteuse. Je ne puis répondre de façon précise à cette question, mais il est établi qu'il n'y a pas, à l'heure actuelle, assez d'installations de ce genre dans quelques-unes des provinces de l'Est.

M. LOCKART: Monsieur le président, cette proposition n'aurait-elle pas pour effet de porter préjudice à une province qui s'est peut-être attaqué au problème d'une façon pratique. Je suis porté à convenir avec le Dr McCann que la province d'Ontario, qui s'est attaquée très énergiquement à ce problème, paraît subir un préjudice plus ou moins sérieux. Cette proposition ne produirait-elle pas un tel résultat?

Le Dr HEAGERTY: La tuberculose constitue un problème national, et chacune des provinces s'y est attaquée avec énergie suivant les moyens à sa disposition. La première campagne entreprise contre la tuberculose fut lancée dans la ville de Montréal en 1900. Depuis lors le taux de mortalité a été réduit de 75 p. 100. Il a été réduit de 40 p. 100 dans la province d'Ontario au cours des dix dernières années. Sans aucun doute, il y a plus de disponibilités pour cette fin dans l'Ontario que dans quelques-unes des autres provinces, et l'on se propose d'aider les autres provinces à lancer, relativement à ce problème, une campagne aussi énergique que celle menée en Ontario.

M. WOOD: Je me permets d'intervenir pour formuler une suggestion. L'Ontario a dépensé une somme considérable pour l'enrayement de la tuberculose et a accompli un beau travail. Nous avons constaté que plusieurs sanatoriums

avaient épuisé, pour ainsi dire, leur champ d'action. C'est ce qui est arrivé dans la ville de Brantford. A titre de représentant du comté de Brant et soucieux des intérêts de mes commettants, je ferai observer que 5,000 Indiens sont établis dans cette zone où la tuberculose a été presque complètement enrayée. Cependant, nous avons constaté que la présence des Indiens dans cette localité constituait une source assez sérieuse de contagion. Le département des Affaires indiennes a tenté il y a quelques années d'utiliser une bonne partie du rouage,—j'eus quelque peu à voir au travail accompli sous ce rapport. La campagne énergique menée contre la maladie dans la province d'Ontario a épuisé en quelque sorte le champ d'action à parcourir. Le département fédéral des Affaires indiennes a fait un grand usage de ces installations, et les dépenses additionnelles qui en ont résulté ont été greffées aux dépenses de la province d'Ontario. J'ai jugé opportun de signaler cela à votre attention afin de montrer sous un vrai jour la part de mérite qui revient à chaque province pour sa contribution à l'enrayement de cette maladie aux ramifications nationales.

M. McCANN: Le montant estimatif nécessaire à l'exécution du projet entier a été fixé l'autre jour à \$250,000,000. De cette somme, \$100,000,000 devaient provenir de redevances et \$50,000,000 de l'impôt sur le revenu. Cela laissait \$100,000,000 pour la quote-part du gouvernement fédéral. Dans quelle mesure ces changements influenceront-ils sur les contributions que le gouvernement fédéral versera? Auront-ils pour effet de réduire ce montant de \$100,000,000, et le gouvernement a-t-il adopté pour ligne de conduite de réduire quelque peu le coût total de l'entreprise? Est-ce la raison pour laquelle ces arrangements financiers ont été remaniés?

Le Dr HEAGERTY: Non, les montants que M. Mackenzie a mentionnés ce matin sont en plus des \$100,000,000 que le gouvernement fédéral se propose de contribuer. Ces montants ont été révisés à la hausse. Ils sont destinés à la santé publique. Ils sont en plus des montants spécifiés, mais vu la discussion qui a eu lieu, vous savez bien que les provinces ne diminueront pas leurs déboursés. Ces subventions les encourageront, pour le moins, à augmenter les montants qu'elles dépenseront, et leur permettront probablement de consacrer des fonds provinciaux au travail de prévention.

Mme CASSELMAN: Autrement dit, ces montants seront dépensés en plus de ce que les provinces dépensent déjà.

M. McCANN: Exactement.

Mme CASSELMAN: L'Alberta dépense une assez forte somme à cette fin et figure au premier rang des provinces qui luttent contre la tuberculose.

M. MACINNIS: Si j'interprète bien la pensée du Dr McCann, son opposition ne tient pas à la répartition des montants entre les provinces mais à l'insuffisance du montant même. Vous avez dit, je crois, que l'Ontario toucherait \$600,000 de ce montant, ce qui n'est qu'un chiffre approximatif. Le solde pour les autres provinces s'établirait à \$1,400,000 seulement, ce qui constitue certainement un très petit montant. Dans le cas des provinces Maritimes où le besoin est prononcé et la population moins forte, ce montant serait réduit davantage. Aussi, je crois que nous devrions songer à l'augmenter.

M. LECLERC: D'après ce qu'a dit mon ami, le Dr McCann, les citoyens de l'Ontario semblent penser qu'ils seront lésés parce que leur province ne touchera pas une aussi forte proportion de la subvention que les autres.

M. McCANN: Ce n'est pas ce à quoi je songeais. L'idée se résume à ceci: les montants proposés ne suffisent pas à répondre aux besoins du problème.

Mme CASSELMAN: Ils ne résolvent pas l'entier problème; la province a déjà dépensé beaucoup.

M. McCANN: Je le sais.

M. LECLERC: L'Ontario dépense aujourd'hui plus d'argent que les autres provinces. Cela tient peut-être au fait que les citoyens d'Ontario sont plus intelligents. Toutefois, me semble-t-il, nous pouvons convenir d'une chose: l'Ontario est beaucoup plus riche que les autres provinces. L'Ontario compte le plus grand nombre d'industries au pays. C'est à cette source que le gouvernement provincial puise ses revenus. La province d'Ontario a pu dépenser plus en raison des revenus qu'elle perçoit. Les provinces de l'Est ne sont pas aussi fortunées sous ce rapport et, pour faire suite à l'opinion exprimée par le sous-ministre, je crois que la tuberculose constitue un problème national et il convient de l'envisager à ce point de vue.

L'hon. M. MACKENZIE: Puis-je faire une observation? Je crois qu'il faut désapprouver toute comparaison entre une province et une autre. Nous devrions envisager la question comme un problème national, l'enrayement de la tuberculose constituant l'objet principal. Quand l'Ontario accomplit un travail si magnifique, nous devons certainement l'en louer, et le travail effectué dans la Saskatchewan mérite d'être signalé particulièrement. Je crois que la Saskatchewan tient les devants dans tout le Dominion. Toutes les provinces accomplissent un excellent travail, mais la présente occasion constitue la première fois depuis plusieurs années que la nation prend connaissance de la campagne organisée de concert avec toutes les provinces pour enrayer complètement la tuberculose. Quant à moi, je n'aime pas les comparaisons faites entre provinces. Cela n'entre pas dans l'esprit du mouvement. L'entreprise comporte une subvention nationale qui sera utilisée là où elle contribuera le plus à enrayer le mal,—peu m'importe que ce soit dans le Québec, la Colombie-Britannique ou les provinces Maritimes,—enrayons le mal du mieux que nous le pouvons.

M. McCANN: Oui, mais la question se résume à ceci: la subvention suffirait-elle à stimuler une province quelconque à engager les capitaux nécessaires à l'exécution du programme.

L'hon. M. MACKENZIE: Il va sans dire que c'est une entreprise qui incombe essentiellement aux provinces. C'est la première fois que nous essayons de mettre à exécution un projet de cette envergure. Aussi, je crois que nous devrions essayer de bien débiter si nous le pouvons. Je crois que ce projet aiderait beaucoup.

M. MACINNIS: Les chiffres concernant le montant attribué à chaque province, le taux de mortalité dans chaque province et le chiffre de la population constitueraient des renseignements très utiles. Nous saurions alors quelle somme chaque province recevrait probablement dans les prochaines années.

M. KINLEY: Je crois que si le Dr Heagerty préparait un exposé indiquant que cet octroi ne constitue qu'un supplément, nous aurions une meilleure conception de la chose.

Le Dr HEAGERTY: La somme totale déboursée pour les traitements au Canada dépasse à peine \$8,000,000, et la subvention projetée de \$2,000,000 représente le quart de la somme totale dépensée pour les traitements, ce qui constitue évidemment un octroi passablement généreux. J'ai la répartition par provinces, si vous voulez ces données.

M. MACINNIS: Je crois que ces renseignements seraient utiles.

Le Dr HEAGERTY: Voulez-vous la répartition?

M. MACINNIS: Oui.

Le Dr HEAGERTY: Le total pour le Canada s'établit à \$1,999,604.96. Il n'a pas été possible d'établir une somme ronde de \$2,000,000. Le nombre moyen des mortalités dans tout le Canada durant la période de 1937 à 1941 a été de 6,127 pour l'Île du Prince-Edouard, le nombre des décès étant de 67, la subvention proposée est de \$19,204.29.

L'hon. M. BRUCE: Pour tout le Canada?

Le Dr HEAGERTY: Oui, le nombre des décès au Canada, y compris ceux d'Indiens, a été de 6,127. En Nouvelle-Ecosse, il y eut 430 décès et le montant de la subvention s'établit à \$120,463.85; Nouveau-Brunswick, 325 décès, subvention de \$92,837.79; Québec, 2,650 décès, et montant total de la subvention, \$722,385.53; Ontario, nombre de décès, 1,150, et subvention proposée, \$517,219.79; Manitoba, 368 décès, montant de la subvention, \$123,549.74; Saskatchewan, 266 décès, subvention totale, \$121,365.70; Alberta, 311 décès, subvention totale, \$12,025.64; Colombie-Britannique, 560 décès. Le taux de mortalité chez les Indiens est très élevé en Colombie-Britannique. La subvention pour cette province est fixée à \$162,552.63. Ainsi, la subvention côtoie le nombre des décès. Je ferai observer, avant de conclure, que le taux de mortalité chez les Indiens au Canada est dix fois plus élevé que chez les blancs. Nous avons inséré dans le projet de loi, page 40, article 46, une disposition en vertu de laquelle les gouvernements provinciaux peuvent, s'ils le veulent, conclure un arrangement avec le service des Affaires indiennes du ministère des Mines et des Ressources pour la participation des Indiens à l'assurance-santé. Vous trouverez cette disposition si vous consultez l'article 46.

M. SHAW: Puis-je m'enquérir si cela s'appliquerait aux Indiens non soumis au régime d'un traité aussi bien qu'aux Indiens qui y sont soumis?

Le Dr HEAGERTY: Tous ceux qui relèvent de la Loi des Indiens sont compris et je crois que cette loi s'applique à tous les Indiens.

M. LECLERC: Quelle province compte le plus d'Indiens?

Le Dr HEAGERTY: Les provinces d'Ontario et de la Colombie-Britannique.

M. SHAW: Voici pourquoi je me suis enquis au sujet des Indiens non soumis au régime d'un traité. Dans les districts albertains de Rocky-Mountain House et Whitecourt, nous comptons de 300 à 400 Indiens Cree et Chipewyan non soumis au régime d'un traité. J'ai appris d'officiers médicaux, particulièrement du médecin à Rocky-Mountain-House, qui a examiné les jeunes hommes appelés au service militaire, que les maladies vénériennes et la tuberculose font de grands ravages dans cette tribu. Les Indiens quittent les réserves et vont travailler parmi les blancs pendant la saison de la moisson. Ils ne relèvent évidemment pas du gouvernement fédéral; du moins, c'est ce qu'indiquerait la correspondance que j'ai échangée à ce sujet avec le ministre des Mines et des Ressources. Ils ne tombent pas sous la régie de la province. Mais ils constituent une véritable menace pour la population blanche. Cette situation me cause de sérieux soucis. Je voudrais savoir si l'on se propose de faire quelque chose au sujet de cette bande d'Indiens.

Le Dr HEAGERTY: Je ne puis répondre à cette question. Nous avons discuté avec les autorités fédérales la fourniture de soins médicaux aux Indiens, et j'en conclus que ces discussions viseraient tous les Indiens soumis à la juridiction fédérale. L'article 46 traite des "arrangements réciproques concernant l'assurance-santé avec le gouvernement du Canada sur des questions relatives à l'assurance-santé pour les Indiens tels qu'ils sont définis par la Loi des Indiens, chapitre 98 des Statuts révisés du Canada, 1927". Je ne puis vous dire si cette définition s'applique aux Indiens dont vous parlez.

M. SHAW: Je tiendrais à signaler que la situation est si sérieuse que pas un seul Indien n'a été accepté pour le service militaire; une garde-malade avec qui je m'entretenais m'a dit que la mortalité infantile chez ces gens est épouvantable. Je voudrais demander au ministre s'il pourrait me donner en temps utile des précisions concernant cette bande particulière.

L'hon. M. MACKENZIE: Je serai heureux de m'enquérir de la chose. Je lirai les observations de mon honorable ami dans le compte-rendu des témoignages et je serai heureux de communiquer avec lui à ce sujet.

M. JOHNSTON: Le ministre a laissé entendre que ce projet constituera un programme national pour le Canada. Nous n'entendons assurément pas exclure une partie, ne pas l'inclure avec le reste de la population du pays. Il me semble que ce serait absurde.

M. KINLEY: Croyez-vous que la situation dans les provinces Maritimes résulte entièrement du manque de soins médicaux, ou faut-il l'attribuer au mode d'existence et aux conditions climatiques?

Le Dr HEAGERTY: La tuberculose est une maladie née de la pauvreté et dans les localités où les salaires sont peu élevés, et les familles nombreuses, les conditions du logement sont ordinairement mauvaises, l'alimentation insuffisante et la prédisposition à la tuberculose plus prononcée que dans d'autres parties du Canada.

M. KINLEY: Quelle est notre situation comparée à celle de Terre-Neuve?

Le Dr HEAGERTY: Je ne puis répondre à cette question.

M. MACINNIS: Vous ne devriez pas les comparer aux gens de Terre-Neuve?

M. KINLEY: Je voulais simplement avoir des renseignements.

M. WRIGHT: Il est dit dans ce mémoire, à la page 4: "Il est également proposé que l'affectation de certaines sommes aux dépenses d'immobilisations dans ce domaine fasse partie du programme de restauration nationale". Cela veut-il dire que le gouvernement fédéral entend dépenser, en plus du montant spécifié ici, certaines sommes pour des sanatoriums dans les provinces?

L'hon. M. MACKENZIE: Ce n'est qu'une recommandation du comité. Le gouvernement n'en a jamais pris connaissance. Le projet est simplement soumis au présent Comité pour étude. Je ne suis pas en mesure de dire actuellement ce que le programme définitif pourrait comporter.

M. WRIGHT: Je crois que cela constitue un point important.

L'hon. M. MACKENZIE: Oui.

M. WRIGHT: Le projet comptera pour beaucoup si on y ajoute la construction d'édifices. Si on n'y pourvoit pas, la subvention est insuffisante.

M. GERSHAW: La clause 5, page 7, qui traite de subvention pour formation professionnelle, me fait songer à une question. Sans doute, tout le monde admet qu'il faudra former un grand nombre de médecins, dentistes, gardes-malades, etc. Il est question du programme de rétablissement national. Tel que je l'entends, la subvention couvrirait les frais d'enseignement et probablement une allocation hebdomadaire pour chaque élève. Mais ces frais d'enseignement ne couvrent pas le coût global de l'instruction. Il me semble que les institutions qui formeront de tels sujets auront besoin d'un budget énormément accru. Puis, je voudrais poser une autre question. Les médecins et les dentistes seront censés fournir une partie de leur propre outillage, et pourtant, ce projet prévoit des traitements médicaux assez complets. Où pourvoit-on à des appareils de rayons-X, d'électro-cardiographie et autres articles dont aucun médecin ne se munirait lui-même? On propose de venir en aide à ceux qui ont servi dans les forces armées et qui reviendraient au pays. Prendra-t-on quelques dispositions pour les établir dans les divers districts où on en aura besoin; ce matériel coûteux leur sera-t-il fourni, et si oui, dans quelles conditions?

Le Dr HEAGERTY: Cette subvention ne concerne que la santé publique; elle prévoit la formation de médecins, dentistes, gardes-malades et autres personnes qui se destinent au service de la santé publique. Nulle disposition n'a été prise quant à l'éducation dans le domaine médical.

L'hon. M. MACKENZIE: Pas dans ce projet.

Le Dr HEAGERTY: Pas sous le régime de cet article ou de ce projet de loi. Nous n'avons pas étudié cette question. La profession médicale tient beaucoup à ce que des dispositions soient prises pour l'instruction de jeunes hommes comme

médecins. Tout ce que la profession médicale a recommandé, à ma connaissance, c'est l'établissement de bourses pour des étudiants brillants, mais cela ne nous assurerait pas un nombre suffisant de jeunes médecins pour appliquer les dispositions du projet de loi d'assurance-santé. Nous aurons besoin de plus de médecins. Certaines gens croient que le temps est venu d'inclure les universités dans le domaine de l'éducation générale, et que l'on devrait procurer aux jeunes gens possédant les qualités requises une instruction médicale gratuite dans les universités, dans l'intérêt du peuple canadien et dans l'intérêt du Canada lui-même. La subvention ne comporte pas une telle entreprise.

M. McCANN: A mon avis, cette subvention est loin d'être suffisante. La majorité des hommes qui se livrent au travail de la santé publique suivent, après leur graduation, un cours soit à l'école d'hygiène de l'Université de Toronto, soit à l'Université McGill. Il en coûterait au moins \$2,000 à celui qui suivrait ce cours pendant un an. A l'heure actuelle au Canada, particulièrement dans l'Ontario, presque toutes les dépenses de ce chef sont acquittées à même des octrois versés par des institutions telles que la *Rockefeller Institution*, et provenant aussi des divers fonds considérables constitués pour pourvoir à l'instruction d'hommes qui se destinent au travail de la santé publique. Il a été déclaré ici l'an dernier que pour donner suite au projet d'assurance-santé ou appliquer ses mesures préventives, il faudrait former au moins quatre cents spécialistes de plus en santé publique. Au coût de \$2,000 par année, sans inclure les gardes-malades, les dentistes et les ingénieurs sanitaires, ce montant de \$100,000 ne suffirait qu'à instruire cinquante hommes par année. S'il en est ainsi,—et je crois que cette affirmation est à peu près exacte,—cela veut dire qu'il faudra une période de huit à dix ans avant que vous ayez un personnel suffisamment formé dans le travail de la santé publique et de la médecine préventive pour répondre quelque peu aux besoins qui existent présentement, et se calcul ne fait pas entrer en ligne de compte la venue d'un nombre considérable de personnes au pays dans les dix ans qui suivront la fin de la guerre.

M. KINLEY: Incidemment, les journaux du matin ont publié le compte rendu d'une discussion qui eut lieu à la législature provinciale de l'Île du Prince-Edouard et qui portait que cette province faisait venir des médecins sous le régime de quelque plan,—et il semble que c'est un plan très recommandable. Je suppose que vous en connaissez les détails, docteur Heagerty?

Le Dr HEAGERTY: J'ai lu l'exposé dans les journaux du matin. Cette province recommande apparemment l'adoption du plan actuellement appliqué dans l'Alberta et la Saskatchewan, et qui consiste à fournir les services de médecins municipaux au moyen d'un impôt et d'une contribution de la part des provinces. L'article publié ce matin parlait d'aide de la part du gouvernement fédéral, mais je ne suis pas renseigné à ce sujet.

L'hon. M. MACKENZIE: Puis-je expliquer la situation à M. Kinley? Le Comité de recrutement et de répartition du personnel médical, composé principalement des médecins des services de défense, de membres de la *Canadian Medical Association* et d'autres, a songé à l'application d'un plan à peu près semblable au plan australien, en vertu duquel vous mobiliserez les médecins. Ceux-ci recevraient le grade de major au moment de leur enrôlement dans les forces et toucheraient la solde et les allocations attachées à ce grade. Puis, ils seraient assignés à un certain district, et leur assignation répondrait à un besoin qui se fait sentir depuis longtemps dans des localités de la Saskatchewan, ce dont quelques-uns de mes amis ont connaissance. Je ne crois pas que ce plan ait été adopté mais il en a été question. C'est probablement à cela que faisait allusion le Dr MacMillan par rapport à l'Île du Prince-Edouard. Les autorités songent depuis quelque temps à diverses mesures susceptibles de porter remède à la situation en matière de services médicaux dans diverses parties du Canada.

M. JOHNSTON: Le plan serait-il établi sur la base de traitements?

L'hon. M. MACKENZIE: Voici le plan qui est appliqué en Australie: on donne au médecin le grade de major, et on lui paie la solde et les allocations attachées à ce grade; puis il est assigné à une certaine localité. Il a le droit d'exiger des honoraires. La province rembourserait le montant de sa solde et de ses allocations, et tout ce qu'il recevrait sous forme d'honoraires servirait à réduire le montant imputé aux provinces.

M. JOHNSTON: C'est seulement une mesure de guerre?

L'hon. M. MACKENZIE: Oui.

M. KINLEY: Le ministère de la Défense nationale fournirait le médecin et la province paierait les frais, ou la partie des frais non compensée par des honoraires?

L'hon. M. MACKENZIE: Oui. C'est la proposition.

M. KINLEY: Il ne fait pas de doute qu'elle contribuerait pour environ \$5,000.

L'hon. M. MACKENZIE: Je ne sais où le projet en est rendu. Je crois que le Dr MacMillan a été en contact avec les autorités de l'Île du Prince-Edouard. Quand j'ai lu l'article ce matin j'en ai conclu que c'était ce à quoi il faisait allusion.

L'hon. M. BRUCE: J'ai la nouvelle ici. Le compte rendu de la Presse canadienne laisse entendre que c'est un projet fédéral. A en juger par ce que le ministre vient de dire, j'en conclus que ce n'est pas un plan fédéral.

L'hon. M. MACKENZIE: Cela résulte de discussions du comité de recrutement et de répartition du personnel médical, un comité fédéral, agissant de concert avec la *Canadian Medical Association* et d'autres organismes au Canada.

L'hon. M. BRUCE: J'ai cru vous entendre dire il y a un instant que ce n'était qu'une mesure de guerre. J'avais l'impression que le plan visait à surmonter la difficulté à laquelle des collectivités rurales sont en butte, celle de ne pas avoir de médecin du tout.

L'hon. M. MACKENZIE: Oui.

L'hon. M. BRUCE: Ainsi, il s'agirait de l'application d'un plan qui pourvoirait aux besoins de ces collectivités à perpétuité.

L'hon. M. MACKENZIE: C'est possible. Cela ne regarde réellement pas mon ministère. Je ne fais que fournir des renseignements au Comité en réponse à la question posée. Généralement parlant, je crois que la situation a fait le sujet de discussions.

M. JOHNSTON: Puis-je poser une question au Dr Heagerty? Il est question à la page 7 d'une subvention de \$100,000 concernant la formation professionnelle. Il est dit ici: "Pour leur permettre (aux provinces) de donner une formation en hygiène publique aux médecins, dentistes, gardes-malades, et le reste..." Qu'est-ce que "et le reste" veut dire? Cela veut-il dire que d'autres participeront à cette contribution, des chiropraticiens, par exemple, s'ils désirent suivre un cours de formation d'hygiène? Bénéficieront-ils de la subvention de \$100,000 au même titre que les médecins, dentistes ou gardes-malades, ou bien la subvention est-elle limitée particulièrement à la profession médicale?

Le Dr HEAGERTY: Elle n'est pas limitée à la profession médicale. L'expression "et le reste" comprendrait les ingénieurs sanitaires qui voudraient devenir des ingénieurs-hygiénistes et se spécialiser dans ce domaine particulier. Les gardes-malades seraient comprises également. La subvention permettrait également la formation de ceux qui voudraient peut-être devenir des inspecteurs d'aliments. Mais on n'a pas l'intention de faire participer les chiropraticiens au programme d'hygiène publique, vu qu'ils ne s'occupent pas de médecine préventive. La santé publique veut dire la prévention de la maladie, alors que le chiropraticien ne s'occupe que du traitement des maladies.

M. McIVOR: Le programme que la subvention comporte comprendra-t-il la formation de médecins pour des industries spéciales? Nous savons que dans le travail industriel il y a un traitement spécial pour des maladies spéciales, ce qui n'est peut-être pas connu généralement.

Le Dr HEAGERTY: C'est une question qui ressortirait aux autorités provinciales. Les médecins hygiénistes se spécialisent aujourd'hui dans la prévention des maladies professionnelles, et si une province voulait former un homme ou un certain nombre d'hommes pour ce travail particulier, il n'y aurait pas de difficulté sous ce rapport.

M. LOCKHART: Il semblerait que plusieurs opinions ont été formulées, et que nombre de ces opinions et citations s'appuient sur l'expérience et la pratique dans certaines provinces. Je me demande dans quelle mesure les provinces ont été consultées à ce sujet. N'y a-t-il que le comité national qui a discuté cette question de santé, et les provinces n'ont-elles pas été consultées, afin que l'on puisse peut-être mettre un seul projet à exécution?

L'hon. M. MACKENZIE: On a tenu une réunion à laquelle les ministres de la Santé des diverses provinces ont participé. Cette réunion a été tenue alors que les propositions avaient un caractère plus ou moins général.

M. LOCKHART: Longtemps avant la présentation de ce projet de loi?

L'hon. M. MACKENZIE: Oui. En deuxième lieu, le Conseil de salubrité fédéral a tenu une réunion alors que le programme était plus ou moins avancé, et le Conseil fédéral de la santé tiendra prochainement une autre réunion à laquelle seront discutées les propositions actuelles.

M. LOCKHART: Cela ne modifiera pas entièrement le régime?

L'hon. M. MACKENZIE: Non.

Le Dr HEAGERTY: Avant la réunion des ministres provinciaux de la Santé dont l'honorable M. Mackenzie a fait mention, j'ai rédigé trois avant-projets de loi et je les ai soumis au ministère de la Justice. Ce ministère a approuvé un avant-projet en particulier. Je l'ai présenté au Conseil de salubrité fédéral en diverses circonstances, et le contenu a été communiqué aux ministres provinciaux de la Santé à la réunion dont l'honorable M. Mackenzie a parlé.

L'hon. M. BRUCE: Vu le point que M. Lockhart a soulevé et la discussion qui a eu lieu ce matin, il me semble que nous ferions plus de progrès si une conférence avait lieu entre les autorités fédérales et provinciales. Il a été question de cette conférence à maintes reprises et l'exposé présenté ce matin en fait mention à la page 5:

Devant la preuve présentée, le Comité ne s'est pas cru autorisé à formuler des recommandations à l'effet de porter la subvention pour le traitement gratuit des maladies mentales au quart des dépenses provinciales, mais il propose que cet article soit remis à l'étude lors d'une conférence fédérale-provinciale..."

Nous savons que plusieurs représentants éminents et distingués du comité des finances étudient cette question depuis quelque temps, et qu'ils ont établi ce qu'ils estiment la part convenable que le Dominion devrait assumer pour aider les provinces à exécuter les divers projets que comporte ce bill. Cependant, vu qu'il s'agit de questions financières, je suppose que les autorités fédérales et provinciales devront tenir une conférence avant que l'on puisse en venir à une décision définitive. J'ai soulevé la question à la Chambre il y a quelques jours quand j'ai parlé de ce bill à titre d'avant-projet de loi, mais comme le ministre l'a dit aujourd'hui, et précédemment, ces propositions étaient effectivement celles du ministère...

L'hon. M. MACKENZIE: Du comité consultatif.

L'hon. M. BRUCE: Du comité consultatif. Le gouvernement n'en a pas été saisi; il ne les a pas mises à l'étude. Si nous entendons faire des progrès sérieux avec le projet d'assurance-santé, et je suis certain que c'est ce que désirent tous les membres de ce Comité, nous devrions, ce me semble, insister auprès du gouvernement sur l'utilité de convoquer les premiers ministres et les autres représentants des provinces à une date rapprochée pour conférer avec les autorités fédérales sur les divers aspects financiers de cette mesure. Nous ne pouvons accomplir grand'chose ici tant que cette conférence n'aura pas eu lieu. Je ne dis pas que nous perdons notre temps. Il va sans dire que des propositions utiles sont formulées ici. Quand cette conférence aura été tenue et nous saurons qu'un accord a été conclu entre les provinces et le gouvernement fédéral concernant un rajustement des attributions et du régime financier, nous pourrions procéder beaucoup plus expéditivement à l'égard du projet de loi. Je fais cette suggestion car j'ai relevé dans les journaux il y a quelque temps que le premier ministre de l'Ontario avait écrit au premier ministre du Canada au commencement de janvier et lui avait demandé de convoquer une telle conférence le plus tôt possible pour que l'on y discute les bases d'exécution des projets d'après-guerre. Cette demande fut soumise à toutes les provinces, et d'après un rapport publié subséquemment dans les journaux elles étaient toutes d'accord. Aussi, je propose par votre entremise, monsieur le président, au ministre et au gouvernement par l'entremise de ce dernier, qu'en tant que Comité, pressions le gouvernement de convoquer cette conférence le plus tôt possible.

M. MACINNIS: Monsieur le président, j'ai discuté ce point avec M. Wright avant que nous entrions dans la salle du Comité aujourd'hui, et je suis heureux que le Dr Bruce l'ait soulevée, car, à mon sens, nous devrions être définitivement fixés sur l'état de la question si nous entendons nous diriger vers un but définitif. On me dit que la *Montreal Gazette* a publié à la suite de notre séance de la semaine dernière un entrefilet disant que l'on n'avait pas l'intention de présenter un projet de loi d'assurance-santé cette année. J'ignore si d'autres ont lu cet entrefilet. Nous sommes saisis d'un avant-propos de loi, ce qui constitue une dérogation à la procédure habituelle dans des sujets de cette nature, et j'apprends que le Cabinet n'a pas approuvé l'avant-projet de loi. Conséquemment, le Cabinet ne s'est pas porté responsable de l'avant-projet de loi que nous étudions. Alors, nous pourrions l'étudier et en venir à des conclusions sur les divers articles et clauses qu'il renferme, avec le seul résultat que le conseil des ministres se contenterait de les prendre en considération lors de la préparation d'un autre projet de loi dont il faudrait saisir le Parlement. Et un tel projet de loi serait peut-être déféré à un comité semblable au nôtre. Aussi, je crois que nous devrions être bien fixés sur le but de nos séances à l'heure actuelle, et savoir ce que nous en retirerons sous forme d'une législation définie, positive sur la santé durant la présente session. (Bravo! bravo!)

M. McCANN: J'apprécie l'utilité d'une conférence entre les autorités fédérales et provinciales, mais je ne vois pas qu'il y ait lieu de se presser outre mesure à ce sujet, car, en somme, il y eut des conférences de toutes sortes avec le comité consultatif qui représentait toutes les provinces et tous les éléments du pays intéressés à cette mesure. Le Conseil de salubrité fédéral, composé des sous-ministres de la Santé de toutes les provinces, s'est réuni à plusieurs reprises, et bien que ces sous-ministres ne fussent peut-être pas autorisés à parler au nom des gouvernements qu'ils représentaient, ils ont, pour le moins, participé aux discussions, et je ne doute pas qu'ils aient remis à leurs ministres respectifs un rapport indiquant à quel stade cette proposition était rendue. En supposant que le gouvernement fédéral convoque une conférence d'ici deux mois, les ministres représentant les diverses provinces demanderaient: "En quoi consistent vos propositions?" et nous ne pourrions que répondre: "Nos propositions sont

actuellement à l'étude, et quand nous les aurons mises au point, nous pourrions vous formuler des suggestions concrètes relativement à la mesure qui a pour but d'aider les provinces à mettre le projet d'assurance-santé à exécution, ce à quoi le Dominion désire contribuer". De la sorte, il me semble que la conférence devrait être remise jusqu'à ce que nous ayons étudié la question sous tous ses aspects, et rédigé un projet de loi qui comportera les propositions formulées par le gouvernement fédéral.

M. LOCKHART: Je ne tiens pas à imposer mes idées sous ce rapport, mais je diffère d'opinion avec le Dr McCann. La réussite même d'un projet quelconque d'assurance-santé que le comité consultatif et le ministre pourraient concevoir, et qui pourrait aboutir à la présentation d'un projet de loi par le gouvernement dépend dans une grande mesure de la coopération des provinces, puisque ce sont elles qui acquittent une large part des frais. Je ne puis suivre le raisonnement du Dr McCann. Comme chaque province travaille à sa façon pour résoudre ce problème, j'estime qu'il convient de les rallier toutes et de coordonner leurs efforts le plus tôt possible dans tout le pays dans le but d'enrayer toutes les maladies dont ce projet d'assurance-santé fait mention. Aussi, je m'associe au Dr Bruce pour insister sur le fait que le ministre serait bien avisé de rallier toutes les autorités qui doivent coopérer pour assurer le succès de cette mesure.

L'hon. M. MACKENZIE: Monsieur le président, je regrette que cette discussion ait eu lieu. Je désire passer très brièvement en revue l'historique des propositions et des événements qui se sont produits jusqu'à date. Le gouvernement a déclaré dans le Discours du Trône, l'an dernier, qu'il avait l'intention de favoriser l'assurance-santé par tout le Canada, et j'ai soumis certaines propositions au Comité que vous présidiez l'an dernier. Votre Comité a approuvé le principe des propositions relatives à l'assurance, qui vous avaient été soumises à l'époque, et on nous a demandé de communiquer avec les provinces. A la suite d'une nouvelle analyse des propositions financières formulées l'an dernier, nous avons sollicité la coopération des divers départements de l'Etat, et le comité des finances nous a fait part de ses conseils. Nous avons, en conséquence, soumis dès la première séance de ce Comité, cette année, des propositions fondamentalement différentes. Vous avez parlé d'une conférence fédérale-provinciale. Le gouvernement a déclaré à la Chambre des communes qu'il avait l'intention de tenir une telle conférence. Nous avons l'intention de convoquer le Conseil de salubrité fédéral pour étudier les mesures relatives à la santé, que ces propositions comportent. Je voudrais bénéficier des conseils de ce Comité avant la tenue de la conférence fédérale-provinciale, parce qu'il y a beaucoup de travail à accomplir. Vous avez entendu, l'an dernier, 117 témoins de toutes les parties du Canada. Cela n'a-t-il pas été profitable? Le seul fait que des médecins et des gardes-malades aient comparu devant votre Comité l'an dernier et lui aient exprimé leurs vues tout en en faisant part au pays en général a constitué le plus bel exemple de l'application du principe démocratique dont j'ai été témoin durant ma carrière parlementaire. Pourquoi ne discuterions-nous pas ces propositions à titre de membres du Parlement fédéral, avant de convoquer les provinces. Il va sans dire que les provinces doivent être convoquées, car les mesures relatives à la santé leur incombent en partie. Nous faisons adopter un projet de loi fédéral pour autoriser les provinces à se prononcer sur ces propositions, mais avant que la tenue de cette conférence soit possible, il faut d'abord prendre connaissance des opinions constructives que des représentants d'un parti quelconque siégeant au présent Comité peuvent être désireux de formuler; et il est impossible de convoquer cette conférence immédiatement. Nous savons cela. Nous sommes en contact avec les provinces. Il y a trois étapes: premièrement, il faut discuter les propositions financières avec les éminents experts qui composent le comité des finances et nous enquérir pourquoi ils les soumettent.

Deuxièmement, nous devons discuter d'autres clauses du bill, que vous les approuviez ou que vous les rejetiez. Troisièmement, le ministère doit bénéficier du jugement collectif du présent Comité de façon que, quand vous présenterez votre rapport, monsieur le président, le gouvernement puisse connaître l'avis du Comité avant de conférer avec les provinces. Cette mesure ne devrait pas revêtir un caractère politique. Elle ne devrait certainement pas constituer une mesure du parti libéral, du parti conservateur, du C.C.F., ou du parti créditiste; il faut que ce soit une mesure née de la sagesse collective de tous les partis. Les provinces sont très bien traitées dans cette mesure. Elles vous communiqueront leurs vues à brève échéance, et quelques-unes d'entre elles souscriront aux propositions, mais nous voulons que toutes s'y rallient.

M. McCANN: Elles sont maintenant au courant de toutes les propositions formulées.

L'hon. M. MACKENZIE: Notre rapport une fois présenté, elles peuvent critiquer n'importe quelle des clauses de ce bill, et nous tenterons de faire autant que possible droit à leurs demandes afin d'interpréter l'opinion collective canadienne à ce sujet, car il ne peut exister de véritable loi d'assurance-santé au Canada sans l'appui de l'opinion collective nationale. Or, je vous demande ceci: ne laissez pas vos scrupules en ce qui concerne la nécessité immédiate d'une conférence fédérale-provinciale compromettre le progrès de cette mesure. Ce projet comporte beaucoup de travail; nous pouvons accomplir ce travail ici même, puis transmettre nos propositions à la conférence, où elles seront probablement modifiées de nouveau. Je crois que c'est la façon logique de procéder. Je travaille à la mise en œuvre de cette mesure depuis trois ans déjà, et j'ai dû surmonter bien des obstacles. Par contre, j'ai reçu de précieux encouragements de la part de certaines personnes qui, ordinairement, seraient peut-être censées combattre la mesure.

M. KINLEY: Je ne doute pas que nous aurons une conférence avec les autorités provinciales en temps et lieu. Je crois qu'elles savent ce qui se fait actuellement. Elles reçoivent nos rapports et des experts les étudient. Mais il a été suggéré à notre dernière séance que la formule relative aux paiements était quelque peu compliquée, et que nous devrions inviter le comité des finances à venir l'expliquer. Le temps passe, et il me semble que nous devrions entendre ces explications. Ce comité des finances a été convoqué ici pour nous expliquer comment il a conçu la formule pour procurer les sommes requises.

L'hon. M. BRUCE: J'admets volontiers plusieurs des observations du ministre, mais il n'y a pas que je sache de "politique" au sein de ce Comité...

L'hon. M. MACKENZIE: Je n'ai certainement pas donné à entendre qu'il en était question.

L'hon. M. BRUCE: Je suis ici simplement pour contribuer, avec le peu de connaissances que je possède sur les questions médicales, à l'étude d'un bill qui, je pense, servira l'intérêt général du peuple canadien, mais j'ai toujours eu l'impression que la question de la santé relevait dans une grande mesure de la juridiction des gouvernements provinciaux. Puisqu'il en est ainsi, est-il raisonnable et convenable que nous siégions ici comme comité de la Chambre des communes pour étudier un bill pendant une si longue période sans procurer aux représentants des provinces l'occasion d'étudier, de concert avec les autorités fédérales, les obligations financières de ce bill qui pèseront lourdement sur les provinces si elles entendent en appliquer les dispositions. Selon moi, cela ne retarderait pas l'adoption de ce bill. Je crois que nous mettons la charrue devant les bœufs. Mais s'il est impossible d'organiser une conférence fédérale-provinciale à l'heure actuelle en raison du surcroît de travail imposé au gouvernement fédéral, nous devons alors continuer l'étude de ce bill.

Le PRÉSIDENT: D'après les renseignements officieux que je possède, les provinces sont parfaitement au courant de ce que nous faisons, et bien qu'elles approuvent officieusement les principes de ces propositions, elles n'ont pas encore discuté celles-ci d'une manière officielle. Nous pouvons faire deux choses: suspendre nos délibérations jusqu'après la tenue d'une conférence fédérale-provinciale, ce qui serait, je crois, une démarche fatale, ou continuer à discuter ces propositions, car j'estime que lorsqu'une conférence fédérale-provinciale sera convoquée, la première question posée sera: "En quoi consistent ces propositions? Dites-nous ce que vous voulez faire. Vous avez étudié ces mesures et votre comité des finances les a étudiées. Le Dr McCann dit que les subventions sont insuffisantes. Convenons de ce qui serait suffisant. Convenons des propositions qu'il faudrait adopter dans l'intérêt du Canada". Je ne crois pas que ce Comité compte un seul membre désireux de politiailler sur la misère humaine, et il n'en a certainement pas été question. En procédant à l'amiable et en établissant les propositions que nous estimons les meilleures pour la mise en œuvre d'un plan national d'assurance-santé, rien ne nous empêche d'en reprendre l'étude si, après présentation à la conférence fédérale-provinciale, les provinces s'y opposent. De cette façon nous ne perdrons pas de temps.

M. JOHNSTON: Monsieur le président, avant que la discussion sur ce point s'engage trop loin, je tiens à me rallier au Dr Bruce, particulièrement en ce qui concerne les aspects financiers du bill. Il est vrai, comme le président l'a signalé, que nous ne devrions pas remettre toutes nos délibérations jusqu'à ce que les provinces aient été convoquées; mais en fin de compte, tout comme M. MacInnis l'a laissé entendre il y a un instant, l'avant-projet de loi dont nous sommes saisis actuellement n'a pas même été approuvé par le gouvernement; ce dernier pourrait même le rejeter, et il faudrait peut-être reprendre toutes nos délibérations. Pour revenir aux propositions financières, le facteur financier pourrait bien constituer un des plus sérieux obstacles au succès de ce projet d'assurance, et nous nous préoccupons d'appliquer une mesure rationnelle d'assurance-santé au Canada. Nous ne voulons pas qu'il se présente de situation financière susceptible d'entraver le progrès de ce bill. A la page 4 du rapport du comité sur le financement de l'assurance-santé, il est estimé que la subvention pour le traitement de la tuberculose serait de deux millions de dollars environ. Permettez-moi de me reporter au paragraphe qui suit la clause (b), à la page 4:

Il est également proposé que l'affectation de certaines sommes aux dépenses d'immobilisations dans ce domaine fasse partie du programme de restauration nationale, afin que la subvention relative à la tuberculose prévue au projet de loi d'assurance-santé soit exclusivement réservée au traitement et à la prévention de cette maladie, et ne serve pas aux dépenses d'immobilisations.

Or, le comité des finances qui a rédigé ces propositions est représenté ici, et je crois que ce paragraphe touche directement au point que le Dr Bruce a mentionné il y a un instant. Comme je comprends la question, le comité des finances s'est rendu compte que la somme prévue à l'article 2, deux millions de dollars, ne suffirait pas s'il fallait inclure les immobilisations, et en conséquence, le comité, tout en reconnaissant la nécessité du déboursé, suppose que les provinces n'auront pas suffisamment de fonds pour cette fin, et que l'on y pourvoira dans un programme de restauration nationale, selon les propositions exposées ici. Si nous allions de l'avant sans convoquer les provinces, en comptant que les dépenses d'immobilisations seront comprises dans le programme de restauration nationale, mais qu'en définitive, le fardeau soit rejeté sur les provinces, celles-ci pourront dire: "Nous ne pouvons financer cette mesure." Nous serons alors dans une impasse. Aussi, je crois qu'il importe de conférer avec les provinces afin d'établir leur capacité financière à faire face aux immobilisations, car autrement cet

article particulier sera rejeté et il nous faudra parcourir tout le terrain encore une fois. Je soutiens qu'il est nécessaire d'examiner très soigneusement l'aspect financier de cette mesure.

M. McCANN: Le comité en question a recommandé que les déboursés destinés à des immobilisations devraient être considérés comme faisant partie du programme de restauration nationale.

M. JOHNSTON: Supposons qu'il n'en soit pas question.

M. MACINNIS: Pour ce qui regarde les démarches du ministre et de son ministère relativement à l'application des mesures d'assurance-santé au Canada, je crois que beaucoup de travail a été accompli, mais le ministre n'a pas répondu à ma question. Voici ce que je demandais: si notre Comité peut terminer l'étude de l'avant-projet de loi à temps, un projet de loi d'assurance-santé sera-t-il présenté à la Chambre des communes cette session-ci, immédiatement après la tenue d'une conférence avec les provinces? Si un projet de loi n'est pas présenté, notre travail ne tend vers aucun but et nous passons notre temps à des niaiseries.

L'hon. M. MACKENZIE: Je dois me contenter de dire que si le Comité fait rapport à la Chambre, je présenterai ce rapport immédiatement au gouvernement pour qu'il prenne une décision.

L'hon. M. BRUCE: Comment le gouvernement peut-il prendre une décision avant la conférence?

L'hon. M. MACKENZIE: Les deux choses pourraient aller ensemble alors. Une conférence serait tenue avant la présentation du rapport.

M. VENIOT: Je suggérerais que l'un des principaux objets de nos délibérations est l'établissement d'un plan qui procurera au pays des services médicaux uniformes d'un océan à l'autre. Je crois que c'est un des principaux objets de l'avant-projet de loi, qui prévoit aussi l'établissement d'un régime de services médicaux devant constituer la norme minimum que les provinces devraient adopter afin de tirer profit des propositions que le gouvernement fédéral formule. Or, personne au Canada n'est plus apte à faire une étude complète des propositions comprises dans cet avant-projet de loi que le Comité actuel, car il compte des membres venant de toutes les provinces du pays. Je conçois que si nous demandions aux représentants des provinces de faire une étude des plans d'assurance-santé, les délégués provinciaux ne pourraient à peu près pas siéger constamment pendant une certaine période comme nous le faisons, vu que nous assistons à la session actuelle de la Chambre des communes et sommes en mesure de consacrer le temps voulu aux études essentielles à la création de ce que j'ai appelé tantôt la charpente d'un plan de santé auquel chaque province pourra ajouter les détails de son choix. Voilà, selon moi, les objectifs à ne pas perdre de vue. Nous devrions nous appliquer à dresser une charpente ou constituer un modèle à même lequel chaque province peut édifier un plan d'assurance-santé assez parfait pour répondre à ses besoins. Il me semble que notre Comité doit adopter un certain nombre de principes fondamentaux sur lesquels se basera le plan d'assurance-santé.

M. LOCKHART: Je n'entends pas infliger de longs propos au Comité, mais nous sommes saisis d'un avant-projet de loi du 1er mars et d'un avant-projet de loi du 8 mars, et je ne distingue pas la différence entre les deux, à moins qu'il ne s'agisse d'une légère modification apportée au texte.

L'hon. M. MACKENZIE: La seule différence tient à une légère modification de la phraséologie.

M. LOCKHART: Je tiens à féliciter le ministre des efforts qu'il a déployés dans la préparation de l'avant-projet de loi qui sert de base aux discussions. Je désire aussi féliciter le comité des finances qui s'est enquis des aspects financiers du projet. Nous sommes généralement d'accord, je crois, que le principe du projet a été bien établi, mais nous en venons au point que je signalais tantôt, savoir,

que le succès d'une mesure d'assurance-santé dépend de la coopération des provinces, et je me demande dans quelle mesure les provinces ont été renseignées? Leur a-t-on fourni ces avant-projets de loi et tous les renseignements révélés au Comité, y compris les mémoires qui lui ont été présentés? Si les provinces ont été pleinement renseignées, je me demande jusqu'à quel point elles se rallient au projet. J'estime, monsieur le président, qu'un travail magnifique a été accompli ici. L'avant-projet de loi peut nous servir de point de départ, mais quand les provinces se rendront compte de leurs obligations et des mesures qu'elles devront prendre pour financer l'entreprise, elles diront peut-être: "Nous ne pouvons pas porter le fardeau, et vous devez vous enquérir des moyens de nous procurer plus d'aide." Je crois que le ministre, le comité des finances et les autres intéressés devraient conférer ensemble. Pour ce qui me concerne, notre Comité et le ministre peuvent traiter du projet général et concevoir quelque chose que nous approuverons en principe; d'autre part, nous pourrions délibérer ici indéfiniment, mais si la mesure soumise aux provinces, ces dernières signalaient les obstacles qu'il leur faudrait aplanir, c'est seulement lorsque le ministre, le comité des finances et d'autres auraient trouvé moyen de faire droit aux demandes des provinces que le ministre serait en état de présenter un programme concis et bien arrêté à la Chambre des communes.

M. WOOD: A en juger par les observations faites ici aujourd'hui, il me semble que les provinces passent pour étrangères au Dominion. Ce projet ne comporte rien d'inusité par comparaison à la pension de vieillesse. Quand le projet de loi de pensions de vieillesse fut présenté, le gouvernement fédéral s'est constitué le parrain d'un programme et a présenté un avant-projet de loi que les provinces ont accepté à la longue, bien que toutes ne s'y soient pas ralliées en même temps.

M. LOCKHART: Le Dominion a versé 75 p. 100.

M. WOOD: Non, seulement 50 p. 100; et de plus les provinces ont payé seulement 25 p. 100 et les municipalités 25 p. 100.

M. LOCKHART: En dernier lieu?

M. WOOD: Non; au début.

M. LOCKHART: Je parle de ce qui a été fait en dernier lieu.

M. WOOD: Nous devrions, ce me semble, nous guider sur ce que nous avons accompli dans le passé et sur les résultats que nous avons obtenus. Je me rends parfaitement compte que certaines provinces commencent peut-être à croire qu'elles ne sont pas nées, mais l'Ontario et d'autres provinces comptent des hommes qui ont étudié cette mesure, et il faut établir un projet sur lequel elles pourront se prononcer. Le Dr Bruce a dit que nous mettions la charrue devant les bœufs. Je prétends que nous devons établir une mesure concrète sur laquelle les provinces pourront se prononcer; il nous incombe de présenter un projet dont elles pourront juger.

Mme CASSELMAN: Monsieur le président, la question ne se résume-t-elle pas à la vieille énigme: "Qui est venu le premier, la poule ou l'œuf?" Il me semble que cette énigme n'a pas de sens. Qui vient en premier lieu, les provinces ou le gouvernement fédéral? Commencez quelque part, et quel que soit le stade où vous commencerez vous ferez des progrès.

L'hon. M. BRUCE: Personne n'apprécie plus que moi le travail très précieux que le Dr Heagerty et son comité ont accompli, et en ma qualité de médecin, je tiens à rendre hommage à ce travail. Le Dr Heagerty a recueilli énormément de renseignements qui ne manqueront d'être utiles quand il s'agira de décider en définitive de la nature du bill qui sera présenté à cette Chambre et accepté par les provinces. Cependant, j'estime que les autorités fédérales et les provinces doivent s'entendre et coopérer ensemble, et plus vite ils tiendront une réunion dans

le but d'étudier particulièrement ces problèmes financiers qui pèsent si lourdement sur les provinces, plus nous expédierons l'adoption de ce bill.

Le PRÉSIDENT: Assurément.

M. KINLEY: Avons-nous invité les représentants des provinces à venir à Ottawa?

Le PRÉSIDENT: Ils sont venus l'an dernier.

M. KINLEY: Je veux dire plus souvent. Qu'en pense le docteur Bruce?

L'hon. M. BRUCE: Je songe à une conférence entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

M. JOHNSTON: Les représentants des ministères provinciaux de la Santé étaient-ils ici l'an dernier?

Le PRÉSIDENT: Oui, ils y étaient tous. Un ou deux d'entre eux n'ont pas présenté d'exposé; ils ont dit que l'orateur qui venait d'adresser la parole avant eux avait parlé en leur nom. Ils avaient conféré avant de se présenter ici et ils s'étaient choisi un porte-parole.

M. KINLEY: Peut-être feriez-vous bien de les inviter de nouveau?

Le PRÉSIDENT: J'aimerais poser une question au docteur Heagerty. A la page 7, article 5, vous parlez d'une "subvention pour formation professionnelle", et vous dites:

Le montant que l'on a proposé primitivement de distribuer aux provinces pour leur permettre de donner une formation en hygiène publique aux médecins, dentistes, gardes-malades, et le reste, fut fixé à \$100,000.

La subvention pour ce genre de formation en faveur des militaires professionnels revenus d'outre-mer est-elle autorisée par l'arrêté en conseil C.P. 7633?

Le Dr HEAGERTY: Je ne connais pas très bien cet arrêté en conseil.

L'hon. M. MACKENZIE: Il vise toutes les professions. Nous avons actuellement des médecins qui suivent des cours universitaires en vertu de l'arrêté C.P. 7633, leur enseignement payé, et, d'après cet arrêté en conseil, ils peuvent obtenir non seulement leur diplôme, mais entreprendre des cours de perfectionnement s'ils réussissent bien dans les cours ordinaires menant à leur diplôme.

M. KINLEY: Et ils reçoivent une aide générale en vertu du plan professionnel.

M. McCANN: Me reportant à la page 6, article 4 du mémoire, traitant du montant de la subvention allouée à la répression des maladies vénériennes, je lis ce qui suit:

La subvention relative aux maladies vénériennes devrait être de \$1,000,000 par année pour une période de dix ans, et se répartir annuellement comme suit:

- (a) 50 p. 100 du montant à répartir selon la population telle qu'elle est dénombrée au recensement de 1941; et
- (b) 50 p. 100 du montant à répartir selon le nombre de nouveaux cas de maladies vénériennes signalés au cours de l'année civile précédente, selon le certificat du statisticien du Dominion.

Cette subvention serait accordée à condition que chaque province contribuât pour une somme égale à sa part de la subvention.

J'eus connaissance, il y a quelques années, que la subvention accordée à cet effet après la dernière guerre, alors que les cas de maladies vénériennes étaient très nombreux durant et après la guerre, s'élevait à \$500,000.

L'hon. M. MACKENZIE: Elle était de \$200,000 en 1919 et fut abolie en 1932; une subvention de \$50,000 a été accordée il y a quelques années, et une somme

supplémentaire de \$175,000 y a été ajoutée; le total, l'an dernier, atteignait \$200,000.

M. McCANN: Les provinces ont-elles tiré tout le profit possible de cette subvention? J'avais l'impression à ce moment-là que la subvention devait être complétée par un montant égal.

M. MARSHALL: C'est vrai.

M. McIVOR: J'aimerais vous poser une question. Les objecteurs de conscience devront-ils se soumettre aux conditions de ce bill? Lorsque la secte des *Christian Scientists* présenta son exposé l'an dernier, elle ne voulait pas entendre parler, si je me souviens bien. Tout le monde sera-t-il assujéti à cette loi, si elle est adoptée?

Le Dr HEAGERTY: En vertu du projet de loi, chacun devra contribuer, mais nul ne sera forcé d'accepter les prestations prévues dans ce bill. A la page 12, article 5, paragraphe (1) du projet de loi, on peut lire ce qui suit:

5. (1) Sauf les dispositions du présent article et de l'article six de la présente loi, tout adulte doit verser, chaque année, à la Caisse d'assurance-santé une contribution de douze dollars, de la manière, à l'époque et à l'endroit qui peuvent être prescrits.

Il n'y a pas d'exceptions.

M. McIVOR: Qu'on en fasse usage ou non?

Le Dr HEAGERTY: C'est cela.

L'hon. M. BRUCE: Pour ce qui est des maladies vénériennes, ils contribueront peut-être afin d'avoir la protection voulue.

M. McCANN: J'ai autre chose à demander par rapport au prélèvement du montant total de l'argent nécessaire. Je pourrais vous signaler, en raison de ce qui s'est dit ici jusqu'à date, que des \$250,000,000 annuels, le gouvernement fédéral paie les deux cinquièmes, soit \$100,000,000, selon la recommandation du Comité des finances. A la page 1 de l'exposé, on peut lire ce qui suit:

...le Comité recommande un plan de financement de l'assurance-santé en vertu duquel le Dominion verserait environ \$100,000,000 comme sa part des dépenses, en plus d'assurer, pour le compte des provinces, la perception d'une somme de \$50,000,000.

Des \$50,000,000 perçus par l'impôt sur le revenu, quel montant d'impôt est prélevé de gens dont le revenu dépasse \$3,000? Je pose cette question, prévoyant qu'il y aura des objections contre l'emploi de cette phase de la méthode de financement, et la manière dont nous pourrions résoudre ces objections serait de laisser les personnes qui ont un revenu déclaré de \$2,400 ou \$3,000 livres de bénéficier des dispositions de la loi de l'assurance-santé. Je suggérerais, aux fins de la présente discussion seulement, qu'on donnât à un homme, dont le revenu est de \$3,000 ou plus, la liberté de participer au plan; qu'il soit tenu de payer le taux de base de \$12 par année pour lui-même, pour sa femme et pour ses enfants âgés de plus de seize ans, mais qu'il soit libéré de l'impôt si son revenu dépasse \$3,000. Je désire savoir quel montant des \$50,000,000 vient de contribuables ayant un revenu de \$3,000 ou plus par année.

M. MARSHALL: C'est là une question à laquelle nous ne pouvons répondre parce que nous n'avons pas accès aux déclarations d'impôt sur le revenu.

M. McCANN: A peu près 94 p. 100 des habitants du pays ont un revenu inférieur à \$3,000 par année, de sorte qu'il serait assez facile, si nous pouvions avoir accès aux données, de calculer le montant d'argent provenant de personnes disposant d'un revenu supérieur à \$3,000 par année.

M. BRYCE: Nos statistiques sur la distribution de l'impôt sur le revenu ne sont pas au point. Je crois que la division de l'Impôt sur le revenu revise actuellement ses statistiques sur la perception de l'impôt, et nous espérons disposer, d'ici quelques mois, de chiffres pour l'année 1942, car cela nous aide par rapport au budget. Lorsque ces chiffres seront disponibles, je crois qu'ils répondront à la question que l'on vient de soumettre, mais les seuls chiffres que nous ayons présentement se rapportent à plusieurs années passées. En général, je dirais que le montant perçu suivant cette contribution de revenu, de la part des personnes ayant un revenu supérieur à \$3,000, serait assez considérable, mais ne constituerait pas une forte proportion des \$50,000,000. Je ne puis dire si ce serait \$5,000,000 ou \$10,000,000, mais je dirais que ce sera autour de ces chiffres, et non la moitié du total.

Le PRÉSIDENT: Y a-t-il d'autres questions?

M. ADAMSON: Certaines critiques ont été publiées dans les journaux; je vous citerai une phrase tirée d'un long article paru dans le *Saturday Night*, de Toronto, sur la question de l'assurance-santé.

Nous savons qu'elle va nous coûter \$74 par année, et c'est à peu près tout. Ce que le citoyen moyen recevra en retour, nous l'ignorons.

J'aimerais que la question posée par le docteur McCann soit débattue davantage. J'ai reçu plusieurs lettres qui laissent entrevoir qu'une opposition à ce bill est en voie de s'organiser et de prendre de l'ampleur. Je suis tout à fait en faveur de l'assurance-santé, mais je crois que le montant de la contribution individuelle devrait être fixé par ce Comité et ensuite publié par tout le pays. Je reçois des lettres de gens à revenus fixes de \$25 à \$50 par semaine, et ce sont ceux-là qui devraient réellement bénéficier de la loi. Peut-être n'ont-ils pas compris la mesure législative à l'étude, ou peut-être un courant d'opinion contraire à ce projet de loi est-il à se former dans le pays?

L'hon. M. MACKENZIE: Me permettez-vous de vous lire les tableaux indiquant les montants payables en contributions, conformément au plan révisé, par les personnes selon leurs différents niveaux de revenus?

M. ADAMSON: Je vous en prie.

L'hon. M. MACKENZIE: Tableaux indiquant les montants payables en contributions, conformément au plan révisé, par les personnes à revenus divers:

Les personnes non mariées versent une contribution de base de \$12, quel que soit leur revenu, plus les cotisations suivantes:

Revenu	Cotisation	Total
*\$ 660 et moins.....		\$12 00
700.....	\$ 1 20	13 20
800.....	4 20	16 20
900.....	7 20	19 20
1,000.....	10 20	22 20
1,100.....	13 20	25 20
1,200.....	16 20	28 20
1,300.....	19 20	31 20
1,400.....	22 20	34 20
1,500.....	25 20	37 20
1,600.....	28 20	40 20
1,660 et plus.....	30 00	42 00

Les personnes mariées, ou les personnes ayant un adulte à leur charge, paient un tarif de base de \$24, plus les cotisations suivantes:

Revenu	Cotisation	Total
*\$1,200 et moins.....	.....	\$24 00
1,300.....	\$ 5 00	29 00
1,400.....	10 00	34 00
1,500.....	15 00	39 00
1,600.....	20 00	44 00
1,700.....	25 00	49 00
1,800.....	30 00	54 00
1,900.....	35 00	59 00
2,000.....	40 00	64 00
2,100.....	45 00	69 00
2,200 et plus.....	50 00	74 00

* Moins un rabais prévu par les règlements provinciaux pour incapacité de payer.

M. SLAGHT: Cela comprend-il les \$24 ou non?

L'hon. M. MACKENZIE: Oui, les \$24 sont compris.

M. LECLERC: Cela se rapporte-t-il à un homme, à son épouse et à ses filles à la maison?

L'hon. M. MACKENZIE: Le gouvernement fédéral paie pour tous les enfants âgés de moins de seize ans.

M. MACINNIS: Je crois que cette question devrait être approfondie davantage. Le premier item au tableau est une contribution de \$12 par toute personne gagnant \$660 ou moins. Qu'est-ce que cela veut dire au juste? Cela veut-il dire que toute personne ayant reçu \$320 ou \$350 par année aurait à payer \$12 pour les soins médicaux? Si tel est le cas, nous n'améliorons pas la santé publique. Je crois que si nous basons nos calculs sur la valeur monétaire, le mieux serait de nous baser sur le montant que chaque individu ajoute au revenu national, plutôt que sur ce que chaque individu, dans notre système à concurrence, enlève du revenu national. A mon sens, ce serait là une façon plus équitable de distribuer le fardeau de l'assurance-santé. Personnellement, je crois que le meilleur moyen de régler cette question serait d'établir un pourcentage uniforme sur l'impôt sur le revenu, allouant un certain montant, comme nous le faisons actuellement, sans aucune déduction, et alors nous paierions comme nous acquittons tout le reste, y compris les dépenses de guerre, c'est-à-dire d'après notre capacité de paiement. Nous n'améliorons pas la santé du peuple en général si nous contraignons les gens, qui ne gagnent pas suffisamment pour maintenir leur santé, de verser un certain montant de ce qu'ils gagnent pour payer les honoraires généraux des services de santé.

L'hon. M. MACKENZIE: Votre objection est réfutée en partie par l'article 6, paragraphe 1 du projet:

6. (1) Lorsque le revenu d'un contributeur est inférieur à un montant prescrit, la contribution autrement exigible de lui en vertu de l'article cinq de la présente loi peut, sur demande, être réduite du montant que la Commission détermine en conformité des règlements prescrits.

Ainsi, votre suggestion est actuellement envisagée dans le bill.

M. GERSHAW: Le Dominion s'occupe actuellement des enfants de moins de seize ans. Quel serait le coût supplémentaire si le gouvernement s'occupait également des jeunes gens de vingt et un ans, qui vont à l'école ou à l'université, et ne gagnent pas un sou?

M. MARSHALL: Il faudrait obtenir des statistiques là-dessus et en reparler plus tard.

M. JOHNSTON: Quelle est la contribution moyenne pour l'assurance-santé?

L'hon. M. MACKENZIE: \$21.60.

M. MARSHALL: L'estimation fixée par le Comité du coût de l'assurance-santé était de \$21.60.

M. JOHNSTON: Combien le civil ordinaire contribue-t-il actuellement?

L'hon. M. MACKENZIE: C'est là la moyenne, \$21.60.

M. LOCKHART: Je suppose que le comité financier a étudié attentivement la perception de cet argent. Les petites industries ayant vu leur excédent de capital fort réduit à cette époque, le Comité ne voit-il pas d'autre moyen de percevoir cet argent qu'en imposant ce fardeau aux petites industries individuelles?

Un hon. DÉPUTÉ: Non, cela est hors de question.

M. LOCKART: Quelle est l'opinion du Comité quant à la perception?

M. MARSHALL: Le Comité était d'avis que, la perception devant être faite par les provinces, aucune décision ne soit prise avant d'avoir consulté ces dernières. Les conditions varient tellement au Canada que ce qui conviendrait à l'Île du Prince-Edouard ne ferait peut-être pas l'affaire, disons, de Montréal ou de Toronto.

Mme CASSELMAN: Le ministre a mentionné un total de \$74 pour un homme et sa femme. Que propose-t-on de faire à propos des personnes à charge âgées de plus de seize ans? Le total demeure-t-il à \$74, quel que soit le nombre des personnes à charge?

L'hon. M. MACKENZIE: Une cotisation additionnelle de \$12 est prévue pour chaque adulte âgé de plus de seize ans.

Mme CASSELMAN: Quand on atteint \$74, les douze dollars sont ajoutés comme taux uniforme?

L'hon. M. MACKENZIE: Oui.

M. LECLERC: A supposer qu'il y ait deux filles âgées de plus de seize ans à la maison et qu'elles ne travaillent pas, comment seraient-elles classées?

M. MARSHALL: Elles seraient des personnes à charge, et il leur faudrait payer la contribution de \$12.

M. WOOD: Je me demande si l'on a songé à la possibilité d'imposer une taxe sur ces choses que l'on utilise et qui tendent à nuire à la santé nationale?

M. MCKINLEY: Tout cela prouve combien les allocations familiales sont nécessaires.

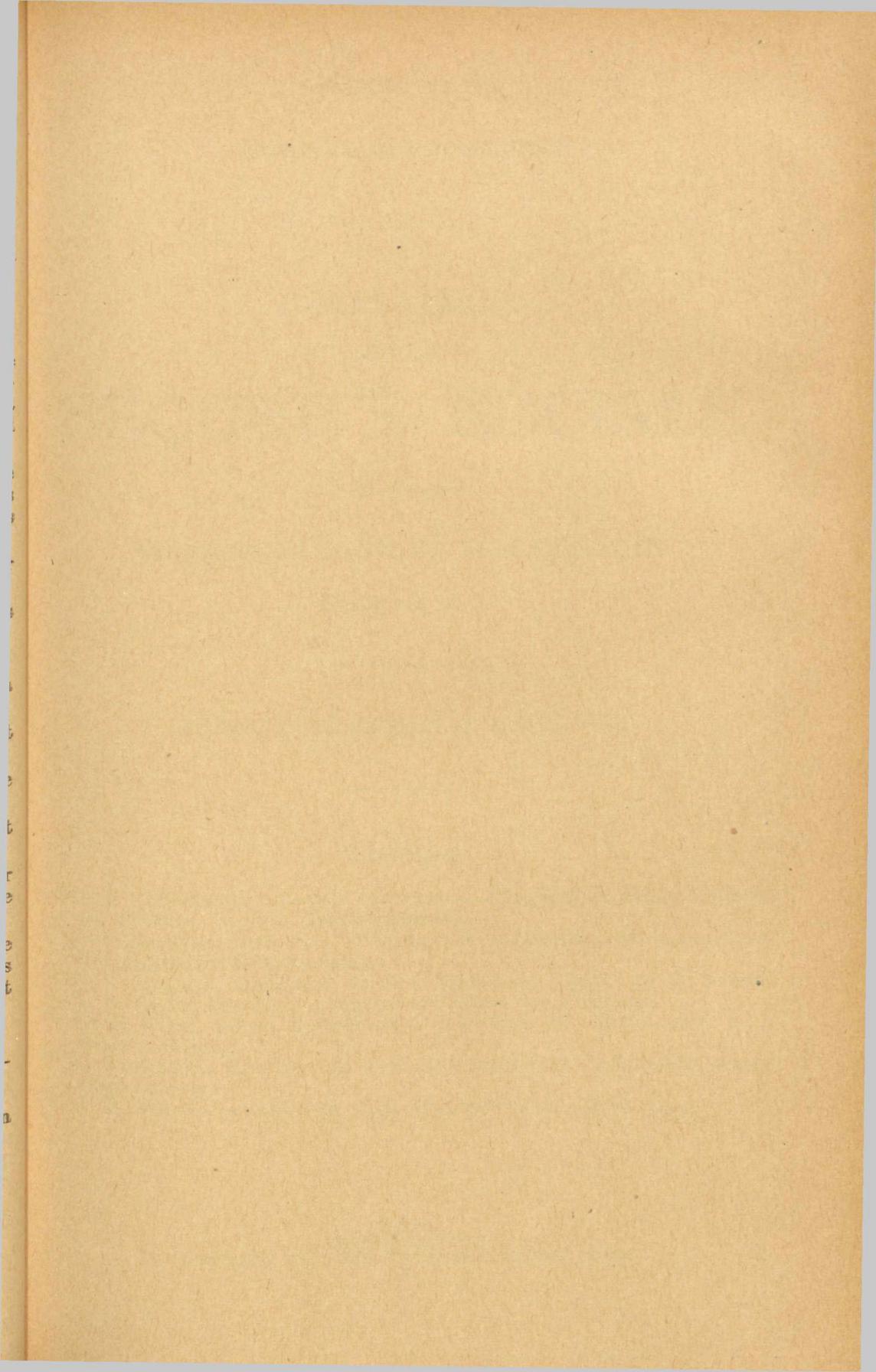
Le PRÉSIDENT: Le Comité désirerait obtenir de plus amples explications sur la structure financière du projet de loi. A notre prochaine réunion je crois que M. Marshall pourra nous donner d'autres détails.

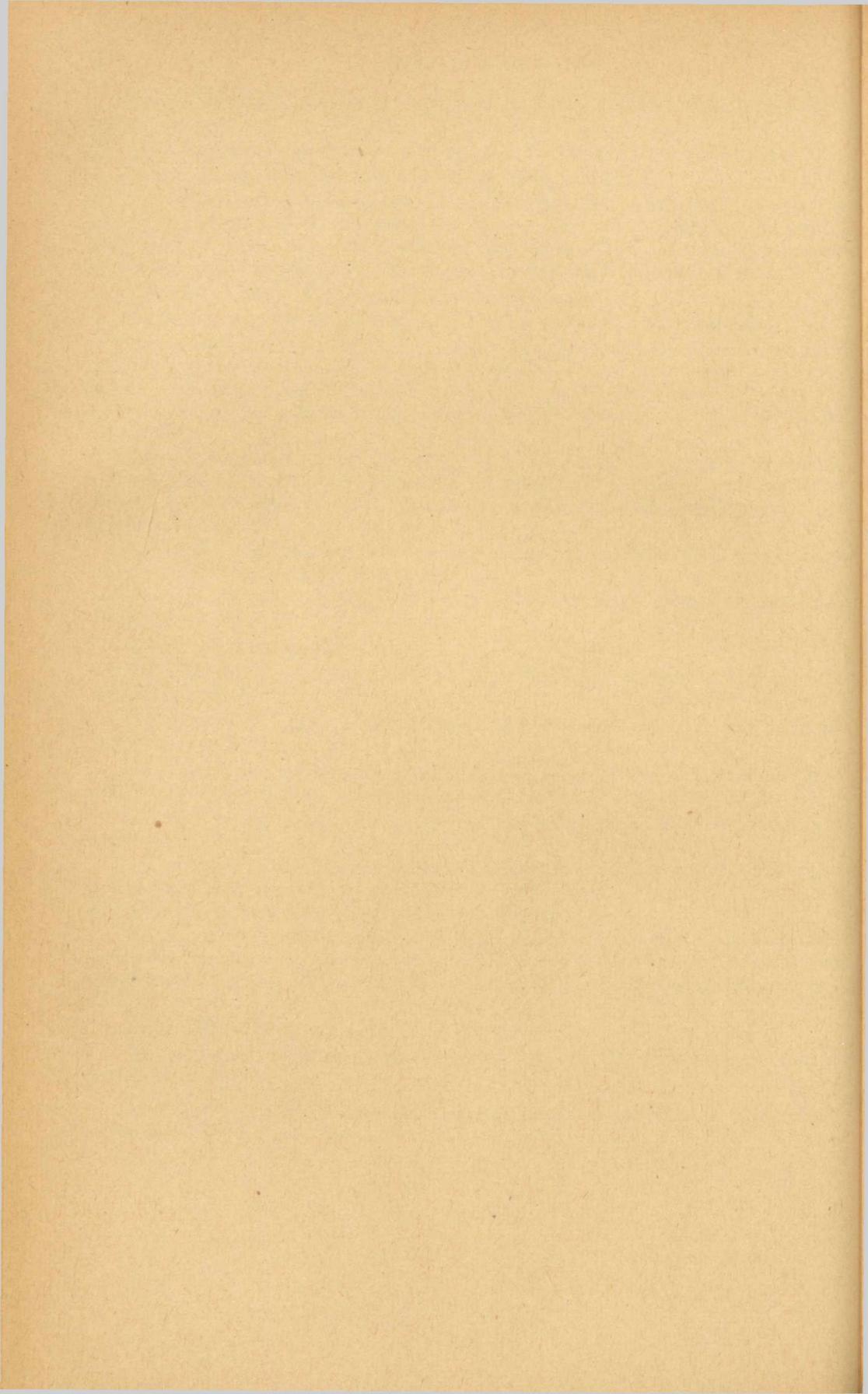
M. SHAW: Y a-t-il quelque raison pour que de tels rapports ne puissent être mis à la disposition des membres du Comité avant l'ouverture des séances? Ces questions ne sont pas faciles à étudier, et souvent il nous faut consulter le projet de loi.

L'hon. M. MACKENZIE: Oui, cela peut se faire.

Le PRÉSIDENT: Nous allons ajourner pour nous réunir de nouveau sur convocation du président.

Le Comité s'ajourne à une heure, pour se réunir de nouveau sur convocation du président.





SESSION DE 1944

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 3

SÉANCE DU JEUDI 16 MARS 1944

TÉMOINS:

- Le Dr J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. J. T. Marshall, directeur, Division des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique;
- M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'Impôt sur le revenu;
- M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;
- M. W. G. Gunn, avocat de ministère, ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. E. Stangroom, directeur en chef de l'assurance, Commission d'assurance-chômage;
- M. A. D. Watson, actuaire en chef, département de l'Assurance.

PROCÈS-VERBAUX

Le JEUDI 16 mars 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin, sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Adamson, Blanchette, Bourget, Breithaupt, Bruce, Mme Caselman, MM. Côté, Donnelly, Gershaw, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lalonde, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, McIvor, Mayhew, Picard, Slaght, Veniot, Warren et Wright—28.

Sont aussi présents:

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. A. D. Watson, actuaire en chef, département de l'Assurance;

M. W. G. Gunn, avocat de ministère, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. J. T. Marshall, directeur, Division des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique;

M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;

M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'Impôt sur le revenu;

M. E. Stangroom, directeur en chef de l'assurance, Commission d'assurance-chômage; et

M. J. E. Howes, du personnel des recherches, Banque du Canada.

Les témoins suivants sont appelés, interrogés puis se retirent.

Le Dr J. J. Heagerty,

M. J. T. Marshall,

M. H. C. Hogarth,

M. R. B. Bryce,

M. W. G. Gunn,

M. E. Stangroom, et

M. A. D. Watson.

Sur la proposition de M. McCann le Comité s'ajourne à une heure cinq de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,

J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 16 mars 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Le PRÉSIDENT: Messieurs, avant que nous appelions M. Marshall, le ministre va faire une brève déclaration.

L'hon. M. MACKENZIE: Monsieur le président et messieurs, à la page 45 des délibérations du présent Comité, le Dr McCann a posé la question suivante: "Je veux savoir quelle somme, sur ce montant de \$50,000,000, vient des contribuables de l'impôt sur le revenu dont le revenu dépasse \$3,000 par année." Notre comité des finances a préparé un mémoire très détaillé, beaucoup trop détaillé pour que je vous le lise, mais je vais lire le dernier paragraphe, à la dernière page, et avec votre permission il figurera au compte rendu.

Le PRÉSIDENT: Très bien.

L'hon. M. MACKENZIE: Puis M. Marshall pourra en expliquer les principaux détails. La partie importante est dans la dernière page de ce mémoire, qui est très courte et que je vais vous lire:

"En réponse à la question posée par M. J. J. McCann à la séance du Comité parlementaire de la sécurité sociale tenue le 9 mars 1944, à savoir:

"Des \$50,000,000 perçus par l'impôt sur le revenu, quel montant est prélevé de gens dont le revenu dépasse \$3,000 par année?"

"Le comité de finance de l'assurance-santé a l'honneur de faire rapport que la division de l'imposition du ministère du Revenu national estime que si toutes les personnes, célibataires ou mariées, ayant un revenu de plus de \$3,000 par année, étaient exemptées du paiement de la contribution de trois et cinq pour cent à l'assurance-santé, lesdites exemptions se chiffraient à environ \$9,000,000 et comprendraient à peu près 185,000 contribuables."

Il y a des tables détaillées sur les deux premières pages, monsieur le président.

Le PRÉSIDENT: M. Marshall ferait peut-être mieux de nous les expliquer.

L'hon. M. MACKENZIE: Il peut le faire mieux que moi.

Le PRÉSIDENT: Alors, monsieur Marshall, voulez-vous le faire?

M. MARSHALL: Monsieur le président et messieurs, dans la première déclaration, mémoire "A", nous nous sommes efforcés d'estimer le coût annuel du fonctionnement de la loi de l'assurance-santé et la répartition de ce coût sur les contribuables. Nous avons pris le chiffre...

L'hon. M. BRUCE: Voulez-vous parler plus haut, s'il vous plaît?

M. MARSHALL: Je vais essayer. Nous avons pris le chiffre considéré au début, d'après une estimation, comme le coût par tête de l'assurance-santé, soit \$21.60, mais nous n'avons pas eu le temps d'examiner ce chiffre par le menu. Pour la population telle qu'elle est actuellement, le fonctionnement de la loi coûterait à peu près \$242,235,000. Le rendement approximatif de la contribution de \$12 par adulte assuré rapporterait une somme de \$94,480,000. La somme résiduelle approximative provenant des contributions à l'assurance-santé perçues par le service fédéral de perception de l'impôt sur le revenu au compte des pro-

vinces comme pourcentage du revenu, et la somme provenant des subventions fédérales se chiffrent à quelque \$147,755,000. Nous avons tenté de répartir ces évaluations par province, pour les faire figurer au compte rendu, mais vous préférez peut-être que je lise ces chiffres.

L'hon. M. MACKENZIE: Le total par province intéresserait beaucoup le Comité, je crois.

M. MARSHALL: Très bien, je vais lire ces chiffres. Je regrette que nous n'ayons pas pu faire miméographier ces rapports pour l'usage du Comité, comme le demandait un des membres à la dernière séance, mais je dois dire que ce relevé n'a été terminé qu'à 10 h. 30 ce matin. Je vais le lire. Voici:

COÛT ANNUEL APPROXIMATIF DU FONCTIONNEMENT DE
L'ASSURANCE-SANTÉ (1)
(En milliers de dollars)

Province	Coût approximatif du fonctionnement du régime, à \$21.60 par tête (2)	Rendement approximatif de la contribution de \$12 par adulte assuré (3)	Somme résiduelle appro- ximative des contributions d'assurance-santé perçues par le service fédéral de l'impôt sur le revenu (4) et des subventions fédérales
Ile du Prince-Edouard.....	2,021	761	1,260
Nouvelle-Écosse	12,208	4,654	7,554
Nouveau-Brunswick	9,725	3,558	6,167
Québec	70,727	25,943	44,784
Ontario	79,752	32,663	47,089
Manitoba	15,183	6,055	9,128
Saskatchewan	18,874	7,117	11,757
Alberta	16,740	6,444	10,296
Colombie-Britannique	16,753	7,187	9,566
Yukon	73	33	40
Territoire du Nord-Ouest...	179	65	114
Total.....	242,235	94,480	147,755

(1) A l'exclusion des frais d'administration qui, d'après le plan, incombent aux provinces.

(2) Estimation fondée sur les chiffres du recensement de la population, à l'exclusion des Indiens, des hôtes d'hôpitaux et des pensionnaires permanents des asiles et institutins semblables, estimés au nombre de 292,061 pour tout le pays. Le coût de \$21.60 par tête est le chiffre fourni dans les données de l'"Estimation provisoire des frais de l'assurance-santé, etc.", présentée au Comité spécial de la sécurité sociale à la session de 1943.

(3) Sujets de plus de 16 ans, à l'exclusion des Indiens, des pensionnaires, etc., estimés au nombre de 208,981 dans l'ensemble du pays. Ces sommes doivent être perçues par les provinces.

(4) La somme des contributions basées sur le revenu imposable et perçues par le service fédéral de l'impôt sur le revenu, est évaluée à environ 50 millions de dollars, ce qui laisse un résidu d'environ cent millions à solder au moyen de la subvention fédérale d'assurance-santé.

REVENU APPROXIMATIF DES CONTRIBUTIONS À L'ASSURANCE-SANTÉ À
PERCEVOIR PAR LE SERVICE DE L'IMPÔT SUR LE REVENU—1942

Gammes de revenus	Contributeurs célibataires			
	Somme moyenne sujette à l'imposition	Contribution moyenne à 3%	Nombre approximatif de contributeurs	Rendement en contributions
\$ 660—\$ 700.....	\$ 20	\$ 60	35,000	\$ 21,000
700— 800.....	90	2 70	101,000	272,700
800— 900.....	190	5 70	87,000	495,900
900— 1,000.....	290	8 70	77,000	669,900
1,000— 1,100.....	390	11 70	69,000	807,300
1,100— 1,200.....	490	14 70	55,000	808,500
1,200— 1,300.....	590	17 70	49,000	867,300
1,300— 1,400.....	690	20 70	39,000	807,300
1,400— 1,500.....	790	23 70	31,000	734,700
1,500— 1,600.....	890	26 70	26,000	694,200
1,600— 1,660.....	970	29 10	94,000	407,400
Plus de 1,660.....	1,000	30 00	94,000	2,820,000
			677,000	\$9,406,200

Contributeurs mariés

Gammes de revenus	Somme moyenne sujette à l'imposition	Contribution moyenne à 5%	Nombre approximatif de contribuants	Rendement en contributions
\$1,200—\$1,300.....	\$ 50	\$ 2 50	94,000	\$ 235,000
1,300—1,400.....	150	7 50	112,000	840,000
1,400—1,500.....	250	12 50	110,000	1,375,000
1,500—1,600.....	350	17 50	115,000	2,012,500
1,600—1,700.....	450	22 50	122,000	2,745,000
1,700—1,800.....	550	27 50	108,000	2,970,000
1,800—1,900.....	650	32 50	99,000	3,217,500
1,900—2,000.....	750	37 50	85,000	3,187,500
2,000—2,100.....	850	42 50	71,000	3,017,500
2,100—2,200.....	950	47 50	55,000	2,612,500
Plus de 2,200.....	1,000	50 00	352,000	17,600,000
			1,323,000	\$39,812,500
			Nombre approximatif de contribuants	Rendement en contributions
Célibataires			677,000	\$ 9,406,200
Hommes mariés			1,323,000	39,812,500
			2,000,000	\$49,217,000

Je dois dire que cette deuxième feuille est l'œuvre de la division de l'impôt sur le revenu. Nous sommes reconnaissants à M. Hogarth de nous avoir fourni ces matériaux.

M. McCANN: Y a-t-il une répartition par province des 185,000 personnes qui se rangeraient dans cette catégorie, c'est-à-dire celles qui payent l'impôt sur un revenu dépassant \$3,000?

Le PRÉSIDENT: Pouvez-vous répondre à cela, monsieur Marshall?

M. MARSHALL: Nous n'avons pas ces détails dans le moment, monsieur le président. Je ne sais s'il serait possible de les avoir. Pouvez-vous laisser à M. Hogarth le soin de répondre à cette question? Il pourra peut-être nous dire si ce serait possible.

M. DONNELLY: Avez-vous estimé ce qu'il en coûterait aux provinces pour appliquer la loi?

L'hon. M. MACKENZIE: J'allais justement poser cette question.

Le PRÉSIDENT: M. Hogarth.

M. HOGARTH: Je ne saurais dire tout de suite si nous pouvons répartir ces chiffres par provinces. Nous pourrions nous en informer pour la prochaine réunion.

Le PRÉSIDENT: Nous allons essayer de nous procurer ces détails, monsieur McCann.

L'hon. M. MACKENZIE: La question de M. Donnelly est très intéressante. Est-il possible de calculer combien il en coûterait aux provinces? Tout d'abord, il y a le coût du fonctionnement, qui, d'après ce rapport, serait de 5 p. 100. Puis il y a la dépense incidente de l'exemption à celui qui ne peut payer \$12. Je présume qu'il est impossible de calculer d'après ces chiffres ce qu'il en coûterait à la Colombie-Britannique, à l'Ontario, à l'Île du Prince-Edouard ou au Nouveau-Brunswick. Pouvez-vous nous en donner une certaine estimation?

M. MARSHALL: Je crois que c'est très difficile à calculer, à moins de faire un relevé complet couvrant tout le pays. L'estimation que nous pourrions faire ne saurait être sûre.

M. JOHNSTON: Pourriez-vous la comparer à la pension de vieillesse de quelque manière, car on fait des perceptions de ce chef.

M. MARSHALL: Il est difficile, monsieur le président, d'estimer ce que les provinces feront à l'égard des exemptions de contribution.

L'hon. M. MACKENZIE: Actuellement, vous savez ce que l'on paye dans chaque province pour les indigents et pour leur hospitalisation. Cela se trouverait compris dans le nouveau plan, n'est-ce pas?

M. MARSHALL: Nous avons essayé de calculer cela déjà, et ce fut un problème ardu. Je parle de mémoire, mais je crois qu'en 1938 les provinces et les municipalités ont dépensé environ \$15,000,000 en octrois aux hôpitaux et en services médicaux pour les indigents. Cette estimation est aussi voisine que possible de l'exactitude, d'après les renseignements que nous avons trouvés dans les comptes publics des provinces.

L'hon. M. MACKENZIE: Si les provinces poursuivent la même politique—au sens large du mot—en ce qui concerne l'hospitalisation et les indigents, et comme les chiffres de 1938 se rapportent à ces deux services, la seule dépense additionnelle des provinces consistera dans les frais de fonctionnement du système n'est-ce pas?

M. DONNELLY: L'hospitalisation ne peut servir d'indication, car les hôpitaux reçoivent tant par malade, que ceux-ci payent ou non.

L'hon. M. MACKENZIE: Je le sais.

M. McCANN: Non, pour ceux-là seulement qui ne payent pas.

M. DONNELLY: Non. Dans la Saskatchewan et l'Ouest du Canada, les hôpitaux reçoivent tant par malade, que ces malades soient indigents ou non.

M. McCANN: Il n'en est pas ainsi en Ontario. La province ne paye que pour les indigents. Il n'y a pas d'octrois pour les malades payants.

M. HOWDEN: Il est assez difficile de suivre. Pour ceux d'entre nous qui avancent en âge et qui sont un peu sourds, si l'on parlait un peu plus fort, on nous rendrait charitablement service. Nous n'entendons pas la discussion.

Le PRÉSIDENT: Voulez-vous parler un peu plus fort s'il vous plaît?

M. MARSHALL: Oui, je vais essayer.

M. GERSHAW: Pour le plan qu'on propose, les provinces verseront \$12 par personne. Pourront-elles prélever cette somme de la manière qu'elles voudront? Supposons qu'elles décident de prendre tout cela à même l'impôt provincial. Pourraient-elles, d'après le plan actuel, percevoir ces sommes au moyen de l'impôt général, au lieu de chercher à les percevoir séparément?

M. MARSHALL: Monsieur le président, je crois parler au nom du Comité sur ce point. Nous avons discuté la question en général. A notre avis, la contribution de \$12 est nécessaire à l'administration. Nous n'en avons pas discuté officiellement avec les provinces mais nous avons eu les opinions officieuses des sous-ministres. Voilà comment nous avons pu faire inscrire tout le monde. Nous croyons qu'il faut faire inscrire la population par localités. Nous croyons aussi que l'on devrait employer le même service de perception pour distribuer les prestations, de sorte qu'on aurait toute l'administration au même endroit dans chaque région. L'administration doit savoir quels sont ceux qui ont droit à des prestations et nous croyons que la contribution de \$12 perçue par la province est réellement le point d'appui du projet.

M. JOHNSTON: Voulez-vous dire que vous allez obliger les provinces à percevoir ce \$12 de chaque citoyen au lieu de le prendre à leur gré à même l'impôt général? Je crois que ce serait extrêmement injuste, car certaines provinces pourraient dire: "La perception de cette somme va coûter beaucoup plus cher qu'elle devrait". Par conséquent, elles préféreraient prélever cela à même l'impôt général au lieu de faire une perception spéciale. Je crois qu'on devrait laisser cette liberté aux provinces.

Le Dr HEAGERTY: Me permettez-vous de répondre à cette question? A la page 12, article 5 (1), sous le titre de "Contributeurs", vous avez la clause suivante: "Sauf les dispositions du présent article et de l'article six de la présente loi, tout adulte doit verser, chaque année, à la Caisse d'assurance-santé une contribution de douze dollars, de la manière, à l'époque et à l'endroit qui peuvent être prescrits". Par conséquent, on compte que chaque particulier paiera une contribution de \$12. Mais si vous vous référez à l'article 4 à la page 3 du bill fédéral, vous constaterez qu'il appartient à la province d'édicter des lois et que ces lois seront libellées à peu près dans les termes énoncés aux articles du bill concernant les provinces. Une province pourrait modifier le bill provincial à son gré, à la satisfaction du Lieutenant-gouverneur en conseil et du Gouverneur en conseil. C'est affaire d'arrangement entre le Lieutenant-gouverneur en conseil et le Gouverneur en conseil. La section provinciale du bill n'a rien de rigoureux. C'est un modèle, qui peut être modifié à la satisfaction de la province et du Dominion.

M. JOHNSTON: Même alors, je crois que le bill va un peu plus loin qu'il le devrait. Il faudrait en changer le texte à cet égard. Même si, à la page 4, il est pourvu à l'approbation du Gouverneur général en conseil, il me semble que celui-ci aurait le pouvoir d'obliger les provinces à percevoir ces sommes des particuliers, lors même que cela dérangerait l'armature administrative de la province et irait à l'encontre des désirs de la province. Si le Gouverneur général a le pouvoir de dicter aux provinces la manière dont elles peuvent percevoir ces sommes, alors à mon avis la loi est mauvaise. Le Dominion devrait se contenter de veiller à ce que l'argent soit perçu.

Le Dr HEAGERTY: Il s'agit là évidemment de l'assurance-santé et de la santé publique. En vertu de l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, le Dominion n'a juridiction ni sur l'une ni sur l'autre. Par conséquent, je dirais qu'il n'a pas autorité pour décider de la manière dont l'argent sera perçu pour subvenir aux services médicaux ou aux services d'hygiène publique, qui relèvent exclusivement des provinces.

M. DONNELLY: Cela ne peut se faire qu'au moyen d'une entente.

Le Dr HEAGERTY: Par entente et collaboration.

M. MACINNIS: Le comité de finance a-t-il étudié l'idée d'un impôt uniforme sur le revenu pour financer tout le service, en comparaison d'un prélèvement sur la base de l'impôt sur le revenu?

M. MARSHALL: Oui, monsieur le président. C'est un des plans que le comité de finance a examiné d'assez près. Il nous a semblé que si l'on adoptait ce plan, l'assurance ne serait pas contributoire. Ce ne serait plus de l'assurance-santé contributoire. En outre, on ne pourrait pas ajouter l'administration des pensions de vieillesse contributoires, si plus tard on voulait l'ajouter. Il y a autre chose. Je ne crois pas qu'on puisse dire que le Dominion oblige les provinces à faire certaines choses. Il s'agit plutôt d'un principe. Je dirais que le plan comporte la cotisation de tous ceux dont le revenu est inférieur aux exemptions d'impôt sur le revenu. Cela voudrait dire qu'on descendrait jusqu'à celui dont le revenu annuel est de \$100 par année.

M. WRIGHT: Pas nécessairement. Je ne vois pas comment il s'ensuit nécessairement qu'il faille descendre jusqu'aux revenus les plus modiques. On pourrait commencer l'imposition au point de départ actuel: \$660 ou \$1,200. Cela voudrait simplement dire que les gens qui reçoivent moins que cela auraient les services médicaux gratuitement; c'est-à-dire sans verser d'autre contribution personnelle que ce qu'ils payeraient sous forme d'impôt général. Avez-vous des chiffres sur ce que cela voudrait dire ou ce qu'il en coûterait dans le cas d'une imposition de ce genre?

M. BRYCE: Monsieur le président, vous pouvez trouver cela dans les chiffres que M. Marshall a lus. Cela signifierait la suppression de la plus forte partie des

\$94,000,000 perçus au moyen de la contribution de \$12 par adulte; c'est que la plus grande partie des contributions à l'assurance-santé, d'après ce plan, sont celles de \$12, qui sont versées ou déduites par les provinces et payées par celles-ci à même le revenu général.

M. McCANN: Que voulez-vous dire par "la plus grande partie" lorsque la somme globale n'est que de \$94,000,000, tandis que le coût entier est de \$250,000,000?

M. BRYCE: Je veux dire la plupart des contributions versées.

L'hon. M. MACKENZIE: Les contributions, non pas la subvention.

M. McCANN: Oh! je vois.

M. DONNELLY: Vous percevez environ \$50,000,000 à même les revenus?

M. BRYCE: C'est cela, à même les prélèvements sur les revenus.

M. DONNELLY: La somme de \$100,000,000 est fournie par le gouvernement fédéral, probablement à même l'impôt sur le revenu?

L'hon. M. MACKENZIE: A même le revenu général.

M. DONNELLY: \$150,000,000 proviennent du revenu général, soit l'impôt sur le revenu ou peu importe le nom, et \$100,000,000 proviennent des contributions du peuple.

L'hon. M. MACKENZIE: C'est cela.

M. MacINNIS: M. Marshall a dit, je crois, que si nous adoptons le système de l'impôt direct sur le revenu, il nous faudrait prélever un impôt du revenu sur tout le monde, même sur les personnes qui touchent un revenu de \$100 par année. Sans doute, ce serait absurde. Mais n'aurez-vous pas à faire la même chose si vous prélevez \$12 de chaque particulier? Où vous arrêterez-vous dans le prélèvement de ce \$12? A quelle catégorie de revenus allez-vous vous arrêter?

M. MARSHALL: Les exemptions ne sont accordées qu'au-dessous du niveau de l'impôt actuel sur le revenu, et cela lorsque la commission provinciale d'assurance-santé reçoit une demande. Dans chaque province, la commission aurait à fixer une norme concernant les exemptions à consentir pour certaines catégories de revenus.

M. JOHNSTON: Si vous perceviez tout cela au moyen de l'impôt sur le revenu, quelle augmentation cet impôt subirait-il? Quelle serait l'augmentation dans les taux? Je crois qu'elle serait très faible.

M. BRYCE: Si j'ai bonne mémoire, l'impôt actuel sur le revenu a été estimé l'an dernier comme rapportant \$900,000,000. Cela comprend la partie remboursable de l'impôt. La partie non remboursable serait, je suppose, de l'ordre de \$700,000,000, de sorte que le coût total de ce système d'assurance-santé dépasserait le tiers de l'impôt actuel non remboursable sur le revenu.

M. DONNELLY: Il faudrait l'augmenter d'un tiers?

M. BRYCE: Oui, d'un tiers, sur les revenus actuels. Après la guerre, l'impôt sur le revenu rendra moins que pendant la période d'activité intensive de la guerre. Alors l'augmentation nécessaire de l'impôt sur le revenu pour maintenir l'assurance-santé devra être de plus d'un tiers; et les possibilités d'augmentation seront évidemment plus grandes dans les catégories à revenu inférieur que dans les catégories supérieures, car on ne pourra pas augmenter d'un tiers l'impôt sur les hautes catégories. Par conséquent, il faudra une plus forte augmentation que celle-là dans les catégories inférieures. Voilà à peu près l'estimation que je puis faire à l'œil.

L'hon. M. MACKENZIE: La contribution n'est-elle pas de l'essence même de l'assurance? Peut-il y avoir assurance sans contribution?

M. DONNELLY: Sans contribution, ce n'est pas de l'assurance.

L'hon. M. MACKENZIE: Non.

M. JOHNSTON: N'est-il pas vrai que l'Australie avait opté d'abord pour une assurance-santé contributive et que maintenant elle l'a remplacée par une assurance non-contributive?

Le Dr HEAGERTY: L'Australie étudie actuellement toute la question de l'assurance-santé, mais elle n'a pas encore adopté de loi. La Nouvelle-Zélande l'a fait, comme vous le savez. Mais l'Australie étudie dans le moment un bill concernant l'assurance-santé pour les chômeurs. On a discuté à la Chambre australienne la question de savoir si cette assurance-santé devait se financer par des contributions ou par des impôts. Je ne sais si la majorité est en faveur d'une contribution ou non, mais cette question a retardé le bill. Après beaucoup de réflexion et de discussion, nous sommes d'avis que chaque assuré devrait contribuer. C'est son argent. C'est son plan. C'est lui qui retirera les prestations. Vous vous souvenez, monsieur Johnston, qu'un jour vous avez parlé de la charité comme solution du problème de la sécurité. Vous avez dit que vous ne croyiez pas que la charité soit un moyen satisfaisant. Je ne crois pas à la charité comme moyen de pourvoir à la sécurité.

M. JOHNSTON: C'est juste.

Le Dr HEAGERTY: Et je ne crois pas à l'assistance. Ce que vous recommandez, c'est de l'assistance et non pas de l'assurance de sécurité. Ce que nous élaborons, c'est un système d'assurance. Par conséquent nous croyons que chacun devrait apporter une contribution raisonnable.

M. JOHNSTON: Puis-je rectifier cela, monsieur le président? Ce que je recommande, c'est de l'assurance, absolument, et je veux que les gens ne sentent pas qu'on leur fait la charité. Lorsque le Dr Heagerty dit que je recommande de l'assistance plutôt qu'une assurance de sécurité économique, je crois qu'il exagère un peu, car je crois sûrement à l'assurance de sécurité économique, abstraction faite de la situation pécuniaire de l'assuré. Je crois que chacun devrait bénéficier de cette assurance, qu'il puisse y contribuer ou non. L'assurance ne devrait pas dépendre de leurs moyens. Voilà pourquoi je crois que la manière la plus juste de la financer serait l'impôt sur le revenu, car nous avons toujours admis que le moyen le plus juste de prélever des impôts était de les fonder sur la capacité de payer. Le plan actuel ne se fonde pas sur la capacité de payer, car l'imposition commence aux personnes qui gagnent \$700 et qui payent un impôt de \$1.20. Puis il y a un autre palier où les célibataires qui gagnent \$1,600 payent un impôt de \$30. Dans la catégorie des gens mariés, l'impôt commence avec un prélèvement de \$5 sur ceux qui gagnent \$1,300. Il monte ensuite à un prélèvement de \$50 sur un revenu de \$2,200. En fait, cela veut dire que les hommes mariés qui ont un revenu de \$2,200 payent un impôt de \$50, soit un total de \$74. Ceux qui ont un revenu supérieur à celui-là payent exactement le même taux. Si c'est basé sur la capacité de payer, sans doute ceux qui se trouvent dans les catégories élevées payeront davantage et l'augmentation ne s'arrêtera pas à \$2,200. A mon avis, l'impôt devrait se baser sur la capacité de payer et l'assurance ne devrait pas être contributive. Voilà tout ce que je prétends. Je regrette de n'avoir pas apporté la coupure. On me l'a montrée et elle indiquait que l'Australie avait abandonné le système contributive. J'ai vu cela dans les journaux hier et je voulais apporter la coupure pour m'en informer auprès de vous, mais je l'ai oubliée. M. Shaw, député de Red-Deer, l'avait et il me l'a montrée, mais je vois qu'il n'est pas ici. Il est à un autre comité. J'aurais voulu qu'il l'apporte.

M. STANGROOM: J'ai remarqué quelque chose l'autre jour dans le bill australien. Ce bill unit l'assistance en espèces aux secours de maladie en espèces; il vise surtout les indigents et il n'est pas contributive, mais il comporte un examen des ressources et une épreuve de responsabilité. En d'autres termes, c'est un plan de secours. Je crois savoir que le Sénat australien l'a rejeté et renvoyé comme allant à l'encontre du principe général de l'assurance sociale.

M. DONNELLY: En Nouvelle-Zélande, quel est le prélèvement sur l'impôt du revenu? Est-ce 5 p. 100 sur tout l'impôt du revenu?

Le Dr HEAGERTY: Un droit d'inscription annuel de cinq shillings pour toute personne jusqu'à l'âge de seize ans; et après cet âge 10 shillings et 5 p. 100 du revenu pour toutes les mesures de sécurité.

M. DONNELLY: L'impôt va-t-il de bas en haut?

Le Dr HEAGERTY: Le gouvernement de la Nouvelle-Zélande fournit un tiers du coût. En passant, lorsque j'ai établi une distinction entre l'assistance et l'assurance de sécurité, je ne voulais pas parler de la déclaration de M. Johnston, mais je faisais remarquer que l'assistance est réellement une forme de charité et qu'elle provient du Moyen-âge. Certaines gens qui s'occupent d'assistance croient que nous devrions continuer à faire la charité, tandis que la plupart d'entre nous essayons d'aider le peuple à s'aider lui-même au lieu de lui faire l'aumône. Voilà ce que j'avais en vue.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Marshall, pouvez-vous élucider ce point?

L'hon. M. MACKENZIE: Supposons que nous ayons demain une conférence provinciale concernant les moyens de financement, pourrions-nous donner à la Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick, à l'Ontario ou au Québec ou à toute autre province un aperçu de ce qu'il leur en coûtera?

M. DONNELLY: Je voudrais savoir si les provinces payeront leur part. Combien auront-elles à payer?

L'hon. M. MACKENZIE: Evidemment ce plan-ci est beaucoup plus facile que celui de l'an dernier. Dans le plan précédent, nous ne fournissions que \$40,000,000 à même le trésor fédéral; dans le plan actuel nous fournissons \$100,000,000; par conséquent ce projet est beaucoup plus facile pour les provinces que celui de l'an dernier.

M. DONNELLY: Nous savons que les provinces ont des excédents. Le gouvernement fédéral est le seul à se plonger dans les dettes.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Marshall, pouvez-vous nous expliquer cela?

M. MARSHALL: D'après les calculs, monsieur le président, les gouvernements provinciaux seraient appelés à verser environ \$15,000,000, somme qui serait évidemment compensée par l'autre.

L'hon. M. MACKENZIE: Cela comprendrait l'hospitalisation et les secours aux indigents, et vous avez ajouté 5 p. 100 pour l'administration.

M. MARSHALL: Ce ne sont pas là nos estimations, elles ont été préparées par une autre division, mais c'est ce que nous pouvons avoir de mieux.

L'hon. M. MACKENZIE: N'ajouteriez-vous pas 5 p. 100 pour l'administration?

M. MARSHALL: Oui.

L'hon. M. MACKENZIE: Quel est le total?

M. MARSHALL: Au début, l'estimation fournie par l'autre comité était de \$24,000,000.

M. BRYCE: Elle est d'environ \$12,000,000 maintenant.

L'hon. M. MACKENZIE: De \$12,000,000 à peu près. Le coût total pour l'ensemble des provinces serait de quelque \$22,500,000.

M. MARSHALL: Autant que nous pouvons le calculer.

L'hon. M. MACKENZIE: Sur cette somme, les provinces payent déjà \$15,000,000 pour l'hospitalisation et les indigents, de sorte que les frais additionnels pour les provinces, sauf certaines exceptions, seront de \$12,500,000, ce qui comprendrait les 5 p. 100 affectés à l'administration.

M. MARSHALL: D'après le plan primitif, l'administration était calculée à \$22,000,000.

L'hon. M. MACKENZIE: C'était l'an dernier. Nous avons abandonné ce plan. C'est maintenant 5 p. 100, soit la moitié.

Le PRÉSIDENT: Le Dr Donnelly a demandé comment ce coût serait réparti entre les provinces. N'est-ce pas votre question?

M. DONNELLY: Oui.

Le PRÉSIDENT: Quelqu'un peut-il répondre à cela?

L'hon. M. MACKENZIE: Supposons que le coût additionnel soit de \$12,500,000, comment le répartiriez-vous entre les provinces au prorata de la population?

M. BRYCE: Il n'est peut-être pas bon de créer l'impression que la question est plus simple qu'elle ne l'est. Le coût pour les provinces consistera d'abord des frais d'administration. Il est possible d'établir une estimation approximative sur la base de 5 p. 100 des chiffres fournis dans le premier tableau. Le deuxième élément, et le plus important, du prix de revient est la proportion dans laquelle les provinces suppléeront aux contributions de \$12. Ces choses dépendront probablement de la politique que suivront les provinces en consentant les exemptions, c'est-à-dire du degré de rigueur avec lequel elles jugeront de la capacité de payer des citoyens. Elles dépendront aussi des revenus et des conditions économiques générales de la province dans telle et telle année. Il serait naïf de croire que le fédéral puisse estimer les exemptions que les provinces accorderont dans ces circonstances. Mais si l'on prend le total des contributions de \$12, soit \$94,000,000, il serait surprenant que les exemptions dépassent 20 ou 25 p. 100 de cette somme. Ainsi il semble peu probable que dans une année normale les rabais dépassent 15 ou 20 millions, mais la distribution de ces rabais entre les provinces pourra être tout à fait inégale à cause de la plus grande richesse de certaines provinces par rapport aux autres, ce qui veut dire que dans quelques-unes, un plus grand nombre de gens seraient incapables de payer les \$12.

M. DONNELLY: Combien les provinces épargneront-elles dans le soin des tuberculeux et des aliénés si l'argent vient de l'autre fonds, au lieu de venir directement des provinces comme à présent?

Le Dr HEAGERTY: Elles n'épargneraient que la somme que nous avons mentionnée à la dernière séance: \$2,000,000 pour le traitement des tuberculeux et \$2,500,000 pour le traitement des aliénés.

M. McCANN: Ces dépenses ne sont-elles pas censées s'ajouter? Ce n'est pas une épargne réelle. Les provinces dépenseront cela à part ce qu'elles déboursent déjà.

Le Dr HEAGERTY: Oui, mais la province n'aura pas à fournir cette somme. Nous croyons réellement que les provinces ne dépenseront pas plus mais moins, et qu'elles pourront peut-être affecter une partie de leur fonds aux services préventifs.

M. HOWDEN: Le bill dispose que le gouvernement fédéral conclura un accord avec les provinces sur une base de \$12 par personne adulte. Ce sera la base de l'entente entre les provinces et le gouvernement fédéral. Peut-être que des centaines de milliers de familles comprenant trois ou quatre adultes et gagnant peu ne pourront pas payer \$12 par tête, soit \$60, et je me demandais si les provinces pourraient englober ce prélèvement de \$12 dans n'importe quel impôt qui leur semblera opportun, du moment que l'accord serait basé sur la somme de \$12.

Le Dr HEAGERTY: Oui, il se peut que les provinces en agissent ainsi si elles le veulent.

M. DONNELLY: Il me semble qu'il devrait se dépenser plus de \$2,000,000 par les différentes provinces pour le soin des tuberculeux et des aliénés. En Saskatchewan, dans les deux cas, le traitement est gratuit pour tout le monde et la province doit dépenser plus que cela.

Le Dr HEAGERTY: Le traitement de la tuberculose coûte environ \$8,000,000 et celui des maladies mentales, \$19,000,000.

M. DONNELLY: Au Dominion?

Le Dr HEAGERTY: Aux provinces.

M. DONNELLY: Si nous adoptons cette offre en vertu du plan, tout cela va être épargné aux provinces; elles épargneront les \$19,000,000 qu'elles dépensent actuellement pour le traitement des aliénés.

Le Dr HEAGERTY: Non, elles devraient pouvoir les traiter tous gratuitement. Actuellement, elles font payer le traitement dans certains cas, mais nous visons à donner les traitements gratuits à tout le monde, parce qu'il est impossible de pourvoir, dans les hôpitaux publics, au traitement complet de la tuberculose et des maladies mentales, et cependant sous le régime de l'assurance-santé un assuré qui souffrira de tuberculose ou d'alliégation mentale aura droit au traitement, et je crois que c'est là une manière de résoudre notre problème d'assurer à cette personne tous les soins médicaux requis.

M. WRIGHT: Y a-t-il dans le bill une disposition prévoyant le cas d'un désastre national dans une province? Supposons un sinistre comme celui qui s'est produit en Saskatchewan lorsque les récoltes ont manqué deux ou trois ans de suite. Cette contribution de \$12 pourrait devenir un problème de financement assez grave. Le bill pourvoit-il à des circonstances de ce genre?

L'hon. M. MACKENZIE: Je ne le crois pas. En pareil cas, le gouvernement fédéral aiderait la province à se tirer d'affaire comme il l'a fait ces années-là.

M. WRIGHT: Il devrait y avoir dans le bill, me semble-t-il, une disposition prévoyant un pareil cas.

M. GUNN: Il semble y avoir une disposition qui prévoit de pareils cas. L'article 9, page 5, contient une disposition qui prévoit l'aide aux provinces en espèces ou autrement, dans certains cas, qui sont énumérés aux alinéas *a*, *b*, *c*, *d* et le reste. Dans les cas indiqués à (1) *a*, *b*, *c*, *d*, le ministre peut porter secours selon les modes indiqués. Je lis:

- (a) Dans le cas d'une circonstance critique intéressant la santé publique;
- (b) Pour toute investigation ou enquête spéciale;
- (c) En ce qui concerne tous problèmes d'administration déterminés;
- (d) Afin de permettre à la province d'appliquer tout accord prévu par les présentes avec elle.

Voilà les cas où le ministre ou le gouvernement peut prêter main-forte. Puis le paragraphe (2) indique les moyens d'aider:

- (a) En fournissant des facilités de consultation entre les membres professionnels et techniques de son personnel et les membres du personnel de la province intéressée;
- (b) En mettant un personnel technique et professionnel à la disposition des autorités provinciales;
- (c) En mettant à la disposition des autorités provinciales des projets de règlements et formules et un projet de procédure pour l'exécution de tout accord conclu sous le régime de la présente loi;
- (d) En rendant disponible pour les fins susdites, et sous réserve de tous règlements ou arrêtés établis en vertu de la présente loi, l'aide financière que le Parlement peut fournir de temps à autre, et
- (e) Par tous autres moyens qu'il juge nécessaires ou utiles à l'accomplissement des fins du présent article.

D'après cette clause, le Parlement peut fournir de l'argent pour parer à des circonstances critiques comme celles qui ont été mentionnées.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Wright, cela comprend-il ce que vous aviez en vue?

M. WRIGHT: Oui.

M. AUTHIER: Voulez-vous dire que les provinces continueront à fournir les \$8,000,000 pour les tuberculeux et les \$19,000,000 pour les aliénés, à part les frais de l'assurance?

Le Dr HEAGERTY: Oui, c'est cela.

M. AUTHIER: Le seul changement porte sur les frais du traitement.

Le Dr HEAGERTY: Le traitement sera gratuit.

A propos des observations de M. Gunn, je ferai remarquer qu'on n'a pas songé à pourvoir aux éventualités critiques comme celles qui ont été mentionnées, et je doute que l'article mentionné puisse être étendu dans ce sens. Par exemple, l'article 9 (1) dit: "Dans le cas d'une circonstance critique intéressant la santé publique." On a voulu prévoir le cas d'une épidémie mais non celui d'une dépression financière. Toutefois, à l'article 6 (1) de la Loi, page 13, sous la rubrique "Ajustement des contributions", vous verrez que lorsque le revenu d'un contributeur est inférieur à un montant prescrit, la contribution autrement exigible de lui en vertu de l'article cinq de la présente loi peut, sur demande, être réduite du montant que la Commission détermine en conformité des règlements prescrits.

Ainsi la province pourra consentir des rabais spéciaux en cas de difficulté financière.

M. WRIGHT: Je veux dire que, advenant une situation comme celle qui s'est produite en Saskatchewan, une province n'aurait pas les moyens de consentir les exemptions, et alors il faudrait insérer dans le bill une disposition permettant de prendre en considération les politiques financières des différentes provinces dans le prélèvement de la contribution de \$12. Par exemple, pour la province d'Ontario ou pour la Colombie-Britannique, il sera beaucoup plus facile de prélever ce \$12 par personne que pour la Saskatchewan ou le Nouveau-Brunswick peut-être; et je crois que le bill devrait contenir une disposition tenant compte de l'aptitude des différentes provinces à prélever ce \$12 de ses citoyens. De fait, le bill laisse entendre que toutes les provinces sont également capables de prélever \$12 par personne, mais je ne crois pas qu'il soit juste de l'affirmer ou de le supposer.

Le PRÉSIDENT: Docteur Heagerty, pensez-vous que la clause dont vous avez lu un extrait comprendrait ce qu'a suggéré M. Wright. Je veux dire la clause que M. Gunn a lue. Vous dites qu'elle ne pourrait s'interpréter dans ce sens?

Le Dr HEAGERTY: Le paragraphe (d) "afin de permettre à la province d'appliquer tout accord prévu par les présentes avec elle" pourrait peut-être s'étendre de manière à couvrir ce point; mais si nous devons inclure dans le bill une disposition pour parer à cette difficulté, elle devrait être claire et distincte. Nous ne devrions pas nous contenter d'interpréter dans ce sens un article qui n'a pas été rédigé dans ce but.

M. WRIGHT: A mon avis, il devrait y avoir dans le bill un article pourvoyant à ce dessein, car il faut admettre qu'il y a une différence de capacité de payer entre les provinces et entre les personnes.

Le PRÉSIDENT: Vous êtes d'avis que la capacité financière varie suivant certaines circonstances.

M. WRIGHT: Je le crois. Il faut l'admettre.

M. MARSHALL: Sur ce point, je crois que le reste du Comité a admis avec moi que c'est plutôt hors du domaine de l'assurance-santé et que c'est plutôt un problème d'éventualité nationale.

Si la Saskatchewan, qu'on a prise comme exemple, a besoin d'aide, il incombe au Dominion de parer à cette éventualité par un octroi de secours spécial, mais on ne doit pas y pourvoir dans une loi sur l'assurance-santé.

M. JOHNSTON: J'ai cru que vous disiez que cela serait prévu. Je croyais que vous aviez indiqué un article qui y pourvoirait.

L'hon. M. MACKENZIE: Non.

M. JOHNSTON: M. Heagerty s'y est opposé, mais je croyais que cet article y pourvoyait.

L'hon. M. MACKENZIE: C'était l'idée de M. Gunn.

M. JOHNSTON: Ou d'un de ces messieurs.

M. WRIGHT: Je ferai remarquer qu'il ne s'agit pas seulement d'une circonstance critique mais d'une chose que nous connaissons dès à présent. Nous savons qu'il y a toujours eu une différence entre les provinces dans la capacité de payer. Il y a toujours eu une différence de statut économique entre les provinces et entre les particuliers dans ces provinces. Je crois sûrement qu'on devrait tenir compte de ce fait dans le bill; il devrait y avoir une clause précise à ce sujet.

M. WARREN: Cela fournirait un bel aliment de discussion dans les provinces; le débat n'aurait pas de fin, vous l'admettez.

Le PRÉSIDENT: Je crois que M. Wright veut parler de circonstances critiques qui affectent la capacité de payer d'une province.

M. WRIGHT: Oui, c'est exact.

M. WATSON: Nous devons nous rappeler en quoi consiste l'assurance-santé. Les services de santé sont des besoins personnels tout comme la nourriture, le vêtement, l'abri et les autres besoins essentiels de la vie. Un particulier est censé pourvoir à ces besoins de la vie par ses propres moyens et s'il ne le peut pas il reçoit du secours d'une manière ou de l'autre. Il me semble toutefois que si un particulier est pleinement ou raisonnablement capable de pourvoir à ces besoins essentiels, il doit le faire. L'assurance-santé n'a pas pour but d'établir des secours, mais de fournir un moyen facile de payer des services pourvoyant à certains besoins essentiels de la vie. Voilà tout ce à quoi elle vise: mettre à la disposition de chacun un moyen pratique de financer en cours de route les risques de maladie. En second lieu, le projet de fournir des secours pour une contribution de \$12 n'est pas plus fondé que celui de prévoir des subsides aux provinces pour assurer la nourriture, le vêtement et l'abri à sa population, advenant une année de misère ou une dépression. Alors il n'y a pas lieu de pourvoir à l'avance au paiement de la contribution de \$12 à moins que nous ne soyons prêts en même temps à pourvoir par anticipation aux moyens de fournir aux gens la nourriture, le vêtement, l'abri, le chauffage, l'éclairage et le reste.

M. MACINNIS: L'argument de M. Wright soulève de nouveau la question de l'imposition suivant la capacité de payer, en comparaison de l'impôt individuel de tant par personne. Comme le dit M. Wright, il s'agit non seulement de la capacité de l'individu mais aussi de la province, car si l'individu est incapable de payer, la province l'exempte de ses paiements, et si le fardeau devient trop lourd pour la province, alors il faut une autre intervention. M. Watson et d'autres ont dit que ce bill concernait l'assurance-santé et non pas les secours. A mon sens, c'est l'un et l'autre. Ainsi l'assurance-chômage est de l'assurance pour ceux qui payent des contributions; elle ne concerne pas ceux qui n'ont pas contribué. Mais le présent bill comprend tout le monde: ceux qui contribuent et ceux qui ne contribuent pas. En second lieu, ce n'est pas de l'assurance dans le sens ordinaire du mot pour ceux qui n'auront pas contribué. Ceux-ci n'auront pas droit aux services à cause de leurs contributions; par conséquent, ils devront y avoir droit pour d'autres raisons. Ce sera parce qu'on juge dans l'intérêt de la communauté de leur donner ces services et qu'il ne serait pas bon de les refuser parce qu'on ne saurait avoir des malades qui n'ont pas droit aux services de santé sans imposer des frais à la collectivité d'une manière ou d'une autre. Alors nous ne pouvons pas mettre ce projet exactement sur le pied d'une assurance. En outre, plusieurs de nos gens n'ont pas les moyens

de payer les prélèvements sous forme de contributions ni sous forme d'impôts. Alors quelqu'un doit les payer pour eux. Nous devrions étudier maintenant le moyen de prélever ces sommes, car le point soulevé par M. Wright embarrassera sans doute certaines provinces.

M. DONNELLY: J'admets volontiers qu'il y a des circonstances où une province ne pourra pas payer. Ainsi dans la Saskatchewan où certaines régions ont été privées de récoltes pendant dix ans, les gens ne pouvaient pas payer. Voilà une circonstance critique. Ces gens devant recevoir de l'aide d'une manière ou de l'autre pour vivre, ils n'ont certainement pas le moyen d'assumer le paiement de l'assurance sociale ou de toute mesure de ce genre. Mais je ne vois pas comment nous allons adopter un loi pour une province et une autre pour une autre province. Cela ne peut se faire. Il en résulterait de la confusion.

M. WATSON: Monsieur le président, je voudrais élucider le point de savoir ce qui est de l'assurance sociale et ce qui n'en est pas. Une province peut réduire la contribution de \$12 et même la supprimer dans certaines années pour certaines personnes qui se trouvent dans des circonstances pénibles. Cela ne veut pas dire que cette mesure n'est pas de l'assurance. Prenons par exemple l'assurance-vie, que tout le monde comprend bien. Dans un grand nombre de polices d'assurance-vie, il y a une clause qui prévoit une exemption de primes en cas de maladie grave. Une personne peut être totalement invalide pendant un certain nombre d'années et alors elle ne paye pas de primes. Ainsi dans l'assurance-santé, lorsqu'une personne tombe sous l'effet de cette assurance, il n'y a pas de raison pour qu'il ne soit pas entendu que si une certaine année l'assuré ne peut pas payer la contribution de \$12 ni aucune autre, à cause de sa santé ou d'une autre difficulté, on remplacera sa contribution en totalité ou en partie par une contribution générale prélevée sur les impôts. Une telle disposition est parfaitement dans l'esprit de l'assurance. Rien n'empêche, sous le régime de l'assurance, de prévoir certaines éventualités par une exemption de contribution en telle ou telle année.

Les jeunes gens qui deviennent participants à l'assurance-santé en quittant l'école ou l'université ne savent pas quel sera leur avenir au point de vue de la santé, de la prospérité et le reste. Si nous leur imposons une contribution uniforme qui pourvoit à toutes les éventualités, y compris les difficultés qui exigeraient une exemption de contribution, nous ne nous écartons nullement du principe de l'assurance.

M. WARREN: Monsieur le président, dans bien des endroits du pays, cette mesure ne sera pas des plus populaires, et si vous enlevez la contribution en entier, vous ajouteriez à l'impopularité du système. La contribution de \$12 n'est qu'un moyen de financement; elle ne représente qu'un dollar par mois, et mon sens on ne devrait pas songer à la supprimer. J'ai constaté avec plaisir qu'on avait modifié le bill de manière que les patrons n'aient plus à fournir des contributions. J'aime ce changement. Je vois également d'un bon œil que l'on a réduit à \$12 les contributions individuelles. La contribution de \$26 était considérée comme trop élevée. Mais en général je ne crois pas qu'on s'objecte de payer \$12 par année. Personne de ceux qui se tirent d'affaire ne s'insurgent contre l'idée de payer \$12 par année pour de l'assurance-santé.

M. McIVOR: Je ne suis pas un financier, quoique je voie à mes propres affaires...

Le PRÉSIDENT: Vous êtes chanceux.

M. McIVOR: ...mais je me demandais si ce bill ne pouvait pas être traité de la même manière que les allocations maternelles et les pensions de vieillesse. Certains députés ont parlé d'un groupe de gens qui ne goûtent pas aux avan-

tages de la vie. J'espère que nous ne verrons plus, au Canada, des gens qui n'ont pas le nécessaire. Je crois que nous pouvons rendre ce système applicable.

M. WRIGHT: Pour revenir à la question de l'aptitude des provinces à payer cette contribution de \$12, je présume que nous essayons d'établir un plan de soins médicaux qui nous donnera un service raisonnablement uniforme dans tout le pays. Si nous ne prévoyons pas une aide additionnelle à certaines provinces dans certaines circonstances, je crains que nous ayons dans ces provinces des services médicaux inférieurs à ceux dont jouiront d'autres provinces. Voilà une chose qu'il faut éviter et nous devrions la prévoir dans le bill. Le rapport Rowell-Sirois nous a certes donné un bon aperçu de l'aptitude des diverses provinces à faire honneur à leurs engagements, et il recommandait d'accorder une aide additionnelle à certaines régions. Dans le moment elles n'en ont pas besoin, je l'admets. Tant que durera la situation actuelle, la loi telle qu'elle est actuellement peut être appliquée avec succès. Mais il me semble que la loi devrait prévoir qu'advenant un changement de situation—et nous devons admettre qu'il peut s'en produire—il faudrait accorder une aide aux provinces qui ne pourraient pas fournir à leur gens les services que d'autres provinces offriraient aux leurs. Ce n'est que raisonnable.

M. GUNN: Monsieur le président, à ce propos, je m'incline devant mon ami le Dr Heagerty dans les questions de médecine et d'hygiène publique, mais je crains de ne pouvoir m'incliner devant lui en ce qui concerne l'interprétation d'une loi. Je soutiens qu'il y a dans la clause que j'ai citée une disposition qui prévoit de pareilles circonstances. Il est impossible de démarquer toutes les éventualités dans la loi. Tout le monde l'admet. Les éventualités que j'ai mentionnées peuvent varier. Le présent bill comporte une disposition d'après laquelle le gouverneur en conseil peut considérer de pareilles éventualités et recevoir des provinces des demandes d'aide financière pour parer à ces éventualités, qu'il s'agisse de récoltes manquées, d'épidémies ou autres catastrophes. On pourrait pourvoir d'une manière précise à l'insuccès d'une récolte dans une province déjà engagée par une entente, mais on exclurait ainsi toutes les autres éventualités.

M. McCANN: Monsieur le président, je voudrais poser une question à M. Gunn au sujet de l'alinéa (a) de l'article 9, page 5. Supposons qu'on le modifie de manière à remplacer les mots: "dans le cas d'une circonstance critique intéressant la santé publique" par les mots: "dans le cas d'une circonstance critique intéressant la santé ou le bien-être du peuple", cette disposition serait suffisamment élargie.

M. GUNN: Cela pourrait être un avantage, monsieur le président. Mais après tout c'est une loi concernant la santé.

M. McCANN: Je le sais. Mais il est aussi question de sécurité.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Gunn, en interprétant l'alinéa (a) de l'article 9—"dans le cas d'une circonstance critique intéressant la santé publique"—vous diriez qu'une éventualité comme celle que mentionne M. Wright influe manifestement sur la santé publique?

M. GUNN: Oui, sans doute, monsieur.

Le Dr HEAGERTY: Non.

M. GUNN: L'insuccès d'une récolte abaisserait certainement le niveau de vie et par conséquent l'aptitude à payer les nécessités de l'existence, dont minera la situation.

M. CÔTÉ: Parlez-vous de l'alinéa (d) de l'article 9?

Le PRÉSIDENT: Article 9, alinéa (a).

M. CÔTÉ: Oui. Mais M. Gunn ne veut-il pas parler de l'interprétation de l'alinéa (d)?

M. GUNN: Non, pas de (d) en particulier. Je crois qu'il faut lire (a) d'abord et ensuite lire (d) du paragraphe 2.

M. CÔTÉ: Oui.

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président, M. Gunn a été assez bon de s'en rapporter à moi quant aux questions médicales. Mais il vient de déclarer que pendant une dépression le peuple souffre dans sa santé. Or pendant la dépression la santé du peuple a été aussi bonne que jamais. Les taux de mortalité et le niveau général de la santé à l'époque ont prouvé qu'il en était ainsi. Il doit être entendu que le comité consultatif de l'assurance-santé n'a considéré que l'assurance-santé en rédigeant ce bill et qu'il n'avait pas l'intention de parer à une difficulté financière comme celle qu'on a mentionnée. Mais pour ma part, je ne crois pas que ce soit nécessaire ou opportun vu que l'article 6 (1) pourvoit aux éventualités critiques, quelles qu'elles soient.

L'hon. M. MACKENZIE: Article 6 (1) de la loi provinciale.

M. SLAGHT: Combien en coûterait-il au pays pour assumer le paiement de toutes ces contributions de \$12? A-t-on donné ces chiffres?

M. MARSHALL: Combien en coûterait-il à la province?

M. SLAGHT: Non. Combien en coûterait-il au Dominion s'il assumait les prélèvements?

M. MARSHALL: Un autre \$100,000,000 à peu près.

M. GERSHAW: Pourriez-vous dire quel pourcentage additionnel il faudrait ajouter à l'impôt normal sur le revenu pour pourvoir au paiement entier de cette somme? Je ne parle pas de l'impôt gradué mais de l'impôt normal sur le revenu.

M. BRYCE: Monsieur le président, j'ai parlé de cela au commencement de la matinée, à moins que l'honorable député veuille parler de l'impôt normal, à la différence de l'impôt gradué.

M. GERSHAW: Oui, l'impôt actuel de 7 ou 9 p. 100. Je veux savoir quelle serait la somme additionnelle.

M. BRYCE: Il s'agirait de savoir combien a donné l'impôt normal et de le comparer à la somme de \$250,000,000 que coûtera l'assurance-santé. Cela demande un calcul. Il ne s'agit pas de comparer avec le total des revenus du Canada, car tous ceux qui sont au-dessous de la limite d'imposition seraient exclus. Ainsi il s'agirait de savoir quel pourcentage représenterait la somme de \$250,000,000 par rapport au revenu du peuple sujet à l'impôt sur le revenu.

M. GERSHAW: Oui, c'est cela.

M. SLAGHT: Ce chiffre était de \$94,000,000. Est-ce votre estimation?

M. BRYCE: Oui. Il serait risqué de tenter des conjectures, mais je crois qu'il faudrait presque doubler l'impôt normal. Mais ce n'est qu'une estimation.

L'hon. M. MACKENZIE: Ce serait plus qu'un tiers en tout cas.

M. BRYCE: Oh! oui.

M. LOCKHART: Monsieur le président, il a été intéressant d'écouter M. McIvor, M. Warren et aussi d'entendre les observations de M. Wright au point de vue des provinces. Il y a une question sur laquelle j'appellerais l'attention de M. Warren et du Comité. Quant à ce qu'a dit M. McIvor à propos de l'idée de ne jamais revenir à la situation que nous avons eue après 1929, j'espère que ce désir se réalisera. Mais je tiens à signaler non seulement à M. Wright mais aussi aux autres qu'un certain nombre d'entre nous ont vu des familles où plusieurs adolescents quittaient l'école sans avoir de gagne-pain et où le père aurait été obligé de payer \$12 pour 3 ou 4 personnes avec un revenu amoindri. Je signale au Comité que dans bien des cas les gens ne pourront pas payer la contribution de \$12. Je crois que nous devons nous

le rappeler, que nous envisagions une contribution ou un financement sur la base suggérée par M. Wright quant aux provinces. J'espère que ces désirs qu'on a exprimés se réaliseront, mais déjà dans certaines régions il y a du chômage. Je ferai remarquer que tant que nous ne mettrons pas plus d'entrain dans l'industrie de la construction, nous aurons du chômage. Des ouvriers ont manqué de travail deux mois cet hiver parce qu'on manquait de matériaux. Je tiens à signaler au Comité la situation qui peut se développer où un fardeau pèsera sur les parents qui auront trois ou quatre enfants sortis de l'école et sans moyens de subsistance, alors que le père devra assumer non seulement le soin de ces enfants mais le paiement des soins médicaux et les autres genres de service concernant la santé—les opérations et le reste—et qu'il lui faudra payer pour ces enfants des contributions de \$12 par année dont le total se montera à \$36, \$48 et même \$60.

Le PRÉSIDENT: Vous ne compareriez pas l'optimisme de M. McIvor à celui de Daniel, n'est-ce pas?

L'hon. M. MACKENZIE: Il ne paye rien pour les enfants en bas de 16 ans.

M. LOCKHART: Je parle de tout ce qui a été dit ce matin.

M. BLANCHETTE: La somme fixée ou discutée l'an dernier était de \$26 par tête et la somme préconisée cette année est de \$12. Le comité financier pourrait-il nous expliquer pourquoi on a remplacé \$26 par \$12. Le Dr Heagerty: on a pas remplacé les \$26. C'est la contribution individuelle. Vous pouvez peut-être répondre à cette partie de la question, monsieur Marshall?

M. MARSHALL: Je crois, monsieur le président, qu'il y a deux raisons principales pour lesquelles le comité a opté pour \$12. Nous avons examiné toutes sortes de projets, dont quelques-uns s'avéraient assez extravagants lorsque nous les examinions de près. Les principales raisons pour lesquelles nous avons opté pour la contribution de \$12 étaient celles-ci:

- (a) Le comité a cru devoir établir une somme assez basse pour convenir à la bourse du plus grand nombre des adultes assurés, car (i) plus le nombre des contributeurs sera grand, moindre sera le nombre de ceux qui se sentiront à charge; (ii) comme la perception de cette partie de la contribution incombe à la province, une somme plus élevée, qui entraînerait automatiquement le paiement par la province d'une plus forte part du coût, pourrait rendre financièrement impossible l'adhésion de certaines provinces au projet.
- (b) Il est facile de prélever la somme de \$12 au mois ou au trimestre ou d'après d'autres cotisations modestes.

M. McCANN: Il est un aspect du plan entier que je n'aime pas et il a trait à son côté financier. Il s'agit des paiements et de ce qu'on pourrait appeler la taxation double ou triple. Prenons, par exemple, le citoyen d'Ottawa. Cette ville compte un grand hôpital municipal dont on acquitte peu à peu les frais de construction. A cet effet, des débentures sont remboursées chaque année. Chaque citoyen puise dans son revenu immobilier et autre en vue de liquider cette dette. Si le plan précité est adopté, il devra verser \$12 au trésor provincial par année pour chaque enfant de plus de seize ans. Ce citoyen fait encore un autre versement lorsqu'il acquitte son impôt sur le revenu. Il se demande très naturellement pourquoi ces divers paiements ne peuvent constituer un seul paiement de taxe pour l'assurance-santé. Au lieu de cela, il verse trois impôts différents à trois organismes différents pour exactement la même fin, soit la protection fournie par l'assurance-santé. Nous devrions être en mesure de trouver un plan en vertu duquel celui qui aurait acquitté une taxe et contribué pour une certaine somme aurait accompli son devoir à l'égard du plan ci-dessus. Ce sera l'une des objections que formulera le grand public contre ce plan, parce que nous sommes tous au fait des taxes que nous payons à divers organismes. Pour ce qui est de la

capacité de payer de la population à l'avenir et après la guerre, j'opine en toute déférence pour le comité des finances qui nous conseille, qu'il ne pourra estimer ce que sera le revenu national du pays et ce qu'on pourra en obtenir. Je crois donc qu'il est stupide pour l'instant—du moins, c'est mon opinion—de supposer que les contributions à l'assurance-santé proviendront entièrement du revenu de la population, personne ne pouvant évaluer ce que sera le revenu, soit des particuliers, soit de l'ensemble du pays. Ainsi donc, je crois que nous devrions nous efforcer de trouver un plan ne comportant qu'un paiement unique pour l'assurance-santé. Une fois ce paiement acquitté, ce serait tout pour l'année. C'est une question à laquelle nous pourrions penser.

M. HOWDEN: Pour faire suite à ce qui vient d'être dit, monsieur le président, le simple fait qu'un particulier acquitterait une taxe pour le paiement d'un hôpital ne l'exonérerait pas des dépenses s'il était obligé de faire hospitaliser un membre de sa famille. Je ne crois pas qu'il soit possible d'éviter cela.

Le PRÉSIDENT: Tiendriez-vous à faire des commentaires sur ce point, monsieur Bryce?

M. BRYCE: Ma foi, monsieur le président, pour ce qui est de la question au point de vue municipal, je ne puis la commenter avec intelligence, malgré que d'après la description qui en a été faite, il m'a bien semblé qu'il s'agissait pour la municipalité de racheter sa dette concernant l'hôpital, ce qui ne constitue pas réellement les frais courants d'entretien.

M. McCANN: Non. C'est une taxe pour l'entretien de la santé.

M. BRYCE: C'est une taxe afférente à la santé, mais je crois qu'après tout l'assurance-santé rendra plus facile en général le financement des hôpitaux, de sorte qu'à la longue elle devrait diminuer le chiffre des taxes que doivent imposer les municipalités en vue de faire face aux frais d'hygiène. Quant aux deux contributions, c'est un sujet que notre comité a longuement étudié. L'on devrait comprendre qu'elles sont distinctes surtout pour des raisons administratives. Nous nous sommes donné de la peine pour imaginer un plan qui offrirait de bonnes perspectives d'une administration simple et pratique. En conséquence, nous avons essayé d'organiser chaque fois qu'il faudrait baser la contribution sur le revenu, le recours au mécanisme actuel de l'impôt sur le revenu. Ce mode éviterait au citoyen de faire plusieurs déclarations concernant son revenu, de remplir plusieurs des formules que nous connaissons tous, et dont la préparation, aussi bien que les paiements qu'elles comportent, nous causent bien des soucis et des difficultés. On se proposait de percevoir sur les lieux l'autre partie, le versement de \$12, en relation étroite avec l'application de la Loi de l'assurance-santé elle-même, ainsi que M. Marshall l'a expliqué, ce qui permettrait de dégager passablement les pièces du projet de l'assurance-santé et de les rapporter directement aux contributions versées. Telle est la raison fondamentale du partage de ce qui est par ailleurs essentiellement un paiement. C'est-à-dire que c'est un paiement qui commence, disons, à zéro pour celui qui serait incapable de rien verser, parce qu'il y aurait exemption intégrale dans son cas. Le paiement s'accroîtra d'après la rigueur que montrera la province pour juger l'aptitude de la personne à payer sa contribution de \$12. Disons que pour la majorité des particuliers non assujettis à l'impôt sur le revenu, le versement sera un versement uniforme de \$12. Lorsqu'on arrive au chiffre d'exemption de l'impôt sur le revenu, le paiement commence alors à s'accroître et s'élève jusqu'au maximum spécifié de \$42 pour les célibataires et de \$74 pour les personnes mariées. C'est-à-dire qu'il n'existe pas de paiement basé purement et directement sur l'aptitude à payer, mais un paiement qui constitue, je dirais, un compromis simple et raisonnable entre le principe de la capacité de payer, le principe d'assurance et la commodité d'application. Il a fallu tenir compte de toutes ces considérations. Nous avons traité dans notre rapport intérimaire, qui a été remis

au Comité, de la question de la séparation des deux contributions. Je puis vous en lire le passage qui s'applique, si vous voulez.

Le PRÉSIDENT: Oui. Je crois que cela nous aiderait.

M. BRYCE: Très bien. Il est ainsi conçu:

On nous a exposé qu'il ne devrait pas y avoir deux contributions pour l'assurance-santé, soit un droit fixe de \$12 plus une contribution basée sur le revenu. On dit que le public estimera que cela fera double emploi et s'y opposera. Il est évident que bien des gens voudront obtenir l'assurance-santé au meilleur compte possible. Néanmoins il devrait être possible de démontrer que le paiement de \$12 n'est que le minimum à verser selon le principe général, le premier versement, pour ainsi dire, et que le paiement sur le revenu est le solde de la contribution payée par tous ceux qui peuvent l'acquitter et qu'il est calculé pour tenir compte de leur capacité de payer. A notre avis, en n'employant que la somme de \$12 le projet ne serait pas assez contributif, particulièrement à l'égard de ceux qui peuvent verser beaucoup plus et qui, en fait, paient un montant sensiblement plus élevé pour les services médicaux dont ils bénéficient privément et qu'ils recevront comme partie du projet d'assurance-santé. Nous ne croyons pas qu'il convienne de faire croire au public que l'assurance-santé n'est pas coûteuse. Elle comporte de très lourdes charges et le public devrait se rendre compte qu'elle lui assure des services précieux qui valent d'être payés. Essayer d'éviter une double contribution en se basant sur les gros revenus, en fixant une contribution uniforme plus forte et puis en la diminuant dans tous les cas où les revenus sont moindres qu'un certain chiffre, équivaudrait au projet primitif et entraînerait invariablement de grandes difficultés dans l'évaluation de tous les revenus inférieurs au niveau de l'impôt sur le revenu. La question n'offrirait pas tant de difficultés s'il n'y avait en jeu que les salaires, malgré que ces derniers fassent surgir des difficultés très sérieuses pour tous les employeurs. Ainsi que nous l'avons constaté cependant dans l'étude des projets primitifs, le premier projet est extrêmement incommode et coûteux pour la grande majorité de ceux qui ont de faibles revenus en sus de leurs traitements. Dans bon nombre de ces cas la somme réellement perçue serait faible par rapport aux frais de perception.

M. McCANN: Que dites-vous de l'objection contre le versement de la contribution à deux ou trois organismes différents? Comment apaiserez-vous le sentiment du public à cet égard et démontrerez-vous qu'il n'y a pas double emploi de taxes malgré que le versement s'effectue à deux, ou même parfois, à trois organismes différents?

M. BRYCE: Il faudrait, à mon sens, expliquer au public qu'il verse ses contributions à deux organismes différents, parce qu'un organisme perçoit déjà une contribution, une taxe, basée sur son revenu et le public s'éviterait des ennuis en versant à cet organisme la portion du revenu affectée à la contribution pour l'assurance-santé. En deuxième lieu, l'autre partie de la contribution est versée directement aux autorités de l'assurance-santé, probablement comme condition d'inscription pour l'obtention des documents nécessaires afin de rendre le public admissible aux services d'hygiène. Ce point nécessita certainement des explications, mais je crois qu'on peut en donner de raisonnables.

Mme CASSELMAN: Monsieur le président, je me demande si on a calculé la somme qui serait nécessaire si on s'en tenait au même principe, au-dessus des sommes de \$660 et de \$1,200. Dans le cas des sommes inférieures on demande 2 p. 100 ou environ. Pour les sommes supérieures, c'est 3 p. 100. Pourquoi devrait-il y avoir hausse immédiate en pareil cas? J'aimerais qu'il y eût un

dégrévement pour les gens à revenus modestes, de sorte que les \$74 viseraient un revenu plus élevé que celui de \$2,200 environ. Je me demande si on a fait des calculs en ce sens.

Le PRÉSIDENT: Pourriez-vous répondre, messieurs Marshall ou Bryce?

M. MARSHALL: Je m'excuse, mais Mme Casselman a-t-elle dit que nous avions recommandé 2 p. 100 au-dessous du chiffre de l'impôt sur le revenu?

Mme CASSELMAN: C'est à peu près cela.

M. MARSHALL: Je ne crois pas que notre comité ait proposé le paiement d'une contribution pour les revenus au-dessous du niveau imposable.

Mme CASSELMAN: Non, mais c'est 2 p. 100. \$12 représentent environ 2 p. 100 de \$660 et \$24, 2 p. 100 de \$2,000.

M. MARSHALL: Oui.

Mme CASSELMAN: Aussitôt qu'on arrive à ce niveau le taux s'élève à 3 p. 100. Il me semble qu'on ne devra pas se montrer trop sévère à l'égard d'un grand nombre de gens à revenus modestes, de plus de \$660 pour les célibataires, et de plus de \$1,200 pour les personnes mariées, si l'on veut qu'ils s'acquittent de leur taxe d'assurance-santé.

M. MARSHALL: Je pourrais peut-être élucider le point en répondant à cette question-ci: "Pourquoi a-t-on choisi les taux de 3 et de 5 p. 100 et les maxima de \$30 et de \$50?" Surtout parce que de l'opinion du comité, ce n'étaient pas des taux trop élevés ou des sommes exagérées à verser pour être libérés de la crainte de la charge financière à laquelle pourrait être soumise une personne du fait d'une maladie grave contractée par elle ou par les personnes à sa charge, de son vivant.

Par exemple, il se pourrait qu'un célibataire versant au maximum \$42 par année subisse au cours d'une décennie, une maladie qui, selon les conditions actuelles, entraînerait en honoraires de médecin, service d'infirmière, traitement à l'hôpital et médicaments des frais s'élevant à \$500. De même, une personne mariée qui verserait—si elle était au maximum—\$74 dans le même laps de temps, pourrait avoir une maladie qui lui coûterait plus que la somme qu'elle aurait versée dans une décennie.

La plupart des personnes à revenus modestes craignent d'être atteintes par une maladie qui leur fera contracter de lourdes dettes; celles plus âgées redoutent qu'une telle maladie ne les force à épuiser les épargnes de toute leur vie. Il vaut assurément la peine de verser une faible somme pour être à l'abri de cette crainte. D'un autre côté on pourrait débiter à 2 et 4 p. 100 et aller jusqu'au maximum afin d'atteindre les niveaux plus élevés, mais on n'obtiendrait pas autant de fonds de cette façon. On pourrait aussi diminuer le maximum de 30 et de 50 à 20 et 40 par exemple, mais le Dominion devrait alors assumer au delà de sa contribution estimative de \$100,000,000. Ces différentes modalités sont toutes d'adoption possible, mais le comité s'est basé sur les taux ci-dessus pour les raisons que je viens d'exposer.

M. MACINNIS: Quel que soit le système que nous adoptions, il nécessitera l'instruction du public. Il ne s'agit pas nécessairement de verser quelque chose en sus de ce qui est déjà versé parce que cela sera retranché des dépenses médicales et dentaires. Pour ce qui est des services médicaux, leur coût est très variable, mais je crois que très peu de personnes contracteront des frais médicaux et dentaires n'atteignant annuellement que \$12, ou la somme qui serait ajoutée à ces \$12, soit 3 ou 5 p. 100. Je crois que si ce point était expliqué, une famille ne croirait pas verser \$74 en sus de ce qu'elle verse maintenant. Elle les verse à la place de ce qu'elle a dépensé en services médicaux et dentaires.

L'hon. M. MACKENZIE: C'est très important.

M. ADAMSON: Le bill d'Ontario mentionne le point soulevé par le Dr McCann. Je crois que d'après les dispositions de ce bill les municipalités ont le droit de renoncer au projet après une période d'essai de trois ans.

M. GERSHAW: J'allais demander quelle forme de traitements dentaires l'on projette de donner aux adolescents jusqu'à l'âge de 16 ans, parce que les dentistes ne peuvent les traiter actuellement. Il y a une autre question concernant la contribution fédérale de \$100,000,000 qui pourvoit aux enfants jusqu'à l'âge de 16 ans. Les statisticiens que le Comité a entendus à sa dernière séance ont offert de s'informer de la somme supplémentaire qu'il faudrait pour subvenir aux dépenses des jeunes de 16 à 21 ans qui ne gagnent rien; ils fréquentent peut-être l'université. Je me demande si je pourrais savoir quelle somme supplémentaire il faudrait?

M. MARSHALL: J'espérais pouvoir vous donner ce renseignement ce matin en consultant les statistiques du recensement de 1941, mais malheureusement cela eût exigé le dépouillement de quelque 2,500,000 fiches. Elles passent actuellement par les tabulateurs et nous fournirons ce renseignement au Comité aussitôt que possible.

Mme CASSELMAN: Le paiement proposé sera une lourde charge pour les personnes à revenus modérés. Je crois que la moyenne s'en établit à \$21.60 par personne. Les \$43 en question dépassent de beaucoup cette somme et celle de \$74 est beaucoup plus forte; ce serait le coût moyen. J'aimerais qu'on étudiat sérieusement la proposition de maintenir le 2 p. 100 au delà du minimum de \$660 et de \$1,200, et alors les revenus plus élevés rapporteraient \$74. A mon sens ce sont les gens à ressources modestes qui veillent le plus sur leur santé, qui se conforment aux préceptes de l'hygiène et qui sont peut-être moins atteints par la maladie que les personnes dans l'opulence ou dans l'indigence. Il me semble que ce seront eux qui paieront trop cher ce service d'hygiène.

Le Dr HEAGERTY: Vous vous souvenez probablement, monsieur le président, d'une enquête Gallup conduite il y a quelques années sur les opinions de la population concernant l'assurance-santé. La question était rédigée de façon plutôt étrange. La voici: "Seriez-vous disposés à verser environ \$1 par mois pour l'assurance-santé?" Je n'ai pas aimé la forme de la question, mais 70 p. 100 ou plus des gens ont répondu affirmativement. Ainsi donc, nous savons que pour ce qui est des \$12 les gens seront contents de verser cette somme. C'est celle qui est prévue au projet actuel.

Lorsque les agriculteurs ont soumis leurs vues au Comité ils ont proposé que les frais entiers fussent défrayés à même le revenu national du pays. Il existe une opposition croissante contre l'assurance-santé; j'ignore si vous en êtes au courant, mais il s'agit du paiement des 3 et 5 p. 100 d'impôt sur le revenu, c'est-à-dire le versement d'une somme en plus de \$12; c'est le double versement dont a parlé le Dr McCann. Les gens ne l'aiment pas.

Ils ne l'aimeront pas. Et ils s'y opposent à grands cris. Je connais leur pensée; ils ne veulent pas de double versement. S'il y avait possibilité d'obtenir \$1 par mois de chaque particulier et de tirer le reste des fonds du revenu national, je crois que toutes les familles du pays seraient satisfaites. Les ouvriers voudraient qu'une contribution soit imposée à l'industrie, mais l'on croit que ce serait préjudiciable à l'industrie de la lui demander. J'aimerais que le Comité étudiat la contribution de \$1 par mois ou de \$12 par année par chaque personne et le paiement du solde à même le revenu national du pays, s'il est possible de percevoir les frais de cette façon.

M. Bryce a dit en présentant son rapport qu'on avait signalé à son comité qu'il pourrait y avoir quelque objection à cette double forme de paiement. En fait, c'est moi qui lui ai signalé cela, parce qu'à titre de médecin je savais que c'était faire preuve d'un mauvais sens psychologique. Un versement est suffisant.

Si nous voulons augmenter le paiement de \$12, très bien, mais je crois vraiment qu'un seul paiement par la population du pays est suffisant et que le solde devrait être acquitté à même le revenu national.

M. McCANN: Docteur Heagerty, en supposant que le plan serait réalisé avec un seul paiement, le reste des deniers provenant d'une contribution nationale ne serait-il pas possible de percevoir cette contribution au moyen d'une hausse générale de l'impôt sur le revenu non spécifiquement affectée à l'assurance-santé? Je crois que la même fin pourrait être atteinte si l'impôt sur le revenu pouvait être accru de façon à rapporter les \$50,000,000 prévus; mais la feuille d'impôt ne les réserve pas de façon précise à l'assurance-santé. En définitive, le même but serait atteint, mais à mon sens cela écarterait une grande partie de l'objection formulée par les contribuables qui devront verser cette somme. Je ne crois pas qu'il y ait autant d'opposition de la part des gens qui forment ce qu'on appelle quelquefois la classe moyenne—en admettant que nous ayons des classes sociales au pays. J'exerce la médecine depuis trente-cinq ans et je connais très bien les gens. Je sais que ceux que nous pouvons désigner comme formant la classe ouvrière constituent de beaucoup la meilleure clientèle qu'un médecin puisse avoir. C'est probablement chez eux que le médecin va le plus souvent et ce sont eux qui laissent le moins de notes en souffrance. Lorsqu'on pourra leur démontrer qu'il ne s'agit ici que de substituer les sommes qu'ils avaient l'habitude de verser annuellement à une caisse d'assurance-maladie, ils ne formuleront aucune objection au plan à l'étude. La province veillera sur ceux qui ne gagnent pas cette échelle de revenus. Comme la masse de la population, soit 94 p. 100, appartient à la catégorie des revenus de \$2,200 ou \$2,300 au moins, les intéressés ne formuleront pas d'objection parce que ce sont eux qui jusqu'ici ont acquitté régulièrement leurs notes de mérecons et d'hôpital.

Le Dr HEAGERTY: Les objections viennent surtout des jeunes travailleurs industriels: sténographes, commis et autres qui disent ne pas être malades et qui se demandent pourquoi ils doivent contribuer deux fois au même service. Les objections viennent surtout des villes.

M. BRUCE: Monsieur le président, le Dr Heagerty nous a cité tantôt les constatations d'une enquête Gallup. J'aimerais lui demander si à son sens c'est une méthode sûre d'estimer l'opinion publique?

Le Dr HEAGERTY: Elle est généralement reconnue comme un indice assez sûr de l'opinion publique.

L'hon. M. MACKENZIE: C'est un vote d'essai.

M. WATSON: Monsieur le président, la question de la taxation et de la double taxation a été discutée. Peut-être une explication du plan d'assurance-santé aiderait-elle à l'élucider. Il me paraît très important qu'un point soit tiré au clair: du moment que personne n'est tenu de verser, sous couvert d'une contribution d'assurance-santé, plus que les adultes ne doivent en moyenne payer pour le financement de cette assurance, cette contribution ne constitue pas une taxe. Nous devrions cesser de croire que c'est une taxe, pourvu que la somme prévue ne soit pas dépassée. Nous pouvons diminuer la contribution soit par le mécanisme de l'impôt sur le revenu, soit par tout autre moyen. Si nous diminuons la contribution, en tenant compte des ressources du particulier ou de la collectivité familiale, nous n'imposons pas une charge exorbitante à ce particulier ou à cette famille. Si nous sommes disposés, advenant des temps durs dans une année, à diminuer cette contribution de ce fait, nous n'imposerons pas de taxe pour l'assurance-santé. Je veux élucider ce point. Si nous fournissions de lait la population de l'Ontario ou celle d'Ottawa, et que nous ne demandions pas aux particuliers plus que le prix courant de ce lait, fourni par un mécanisme gouvernemental, nous ne taxerions certainement personne, et si nous en réduisions le prix à la moitié, au tiers ou au quart pour les pauvres, je soutiens que nous ne

taxerions pas ces derniers. Les contribuables seraient appelés à aider ces pauvres à payer leur lait. Il me semble qu'il en va de même pour l'assurance-santé. Si nous déterminons une contribution raisonnable pour l'assurance-santé, que les personnes au-dessus d'un certain niveau de vie l'acquittent entièrement, et que nous consentions des réductions au besoin pour ceux de ressources plus modestes, selon les circonstances d'une année à l'autre, alors personne ne sera taxé et nous percevrons des contribuables canadiens des cotisations qui serviront à compenser les déductions qui seront faites aux contributions des classes indigentes.

M. HOWDEN: En ce qui concerne la proposition du Dr Heagerty à l'effet que nous assumions la contribution de \$12 et que le solde du paiement soit défrayé à même le revenu général, nous devons nous rappeler que celui-ci représente la taxation la plus réelle des citoyens du pays. Ce fonds est constitué par les taxes accumulées auxquelles personne n'échappe. Qu'un homme ne gagne que \$600 ou non il contribue à ce fonds et il me semble tout à fait juste que l'excédent sur le versement de \$12 soit défrayé à même ce fonds. J'aimerais savoir ce qu'en pense M. Watson?

M. WATSON: La contribution de douze dollars est faible. J'opine que la contribution pour l'assurance-santé devrait être une contribution uniforme par tête qui suffirait à assurer des services hygiéniques à ceux qui entreraient dans les industries d'année en année, à leur sortie des écoles et des universités. Cette contribution par tête leur suffirait en moyenne leur vie durant. Elle leur assurerait des services hygiéniques à eux et aux enfants à leur charge. Ce serait le coût par tête. Il est certain que les \$12 n'y suffiraient pas. Il ne semble pas qu'il soit d'importance fondamentale que cette contribution soit entièrement perçue par le même mécanisme ou non, malgré que certains d'entre nous puissent avoir une préférence pour cette perception par un seul mécanisme. Mais je crois qu'il est probablement important qu'aucune taxe précise d'assurance-santé ne soit mentionnée nulle part. Ainsi que l'a dit tantôt un député, il est probablement plus sage que les taxes de ce genre soient perçues de façon générale plutôt que comme taxe spéciale. Je crois que les taxes spéciales sont désapprouvées par les autorités en matière d'imposition et il n'y a pas d'avantage particulier à en imposer une tant qu'elle ne relève pas de l'assurance-santé. Il ne peut être question de double imposition.

M. HOWDEN: On ne s'oppose pas fortement à ce que le solde provienne du revenu général d'après le taux ci-dessus?

M. WATSON: Vous parlez de l'excédent sur les \$12?

M. HOWDEN: Oui.

W. WATSON: Pour moi, cela obérerait beaucoup le revenu national. En outre, je ne vois pas pourquoi un particulier ou une famille en mesure de le faire n'acquitterait pas la totalité ou à peu près la totalité de sa contribution. En sus, l'ensemble des contribuables aiderait les personnes à ressources modestes à combler les dégrèvements dans leurs contributions d'assurance-santé. Après tout, la fin principale de l'assurance-santé est de permettre aux gens de se protéger contre les risques imprévisibles de la mauvaise santé, des opérations et de l'hospitalisation, par l'acquiescement de contributions uniformes. Je ne vois pas pourquoi les personnes en mesure d'acquiescer complètement leurs contributions refuseraient, quand, en tant que contribuables, elles aideraient ainsi les indigents. C'est exactement ainsi que nous procédons à l'heure actuelle au sujet d'à peu près tout. Il me semble que pour ce qui est des adultes, à moins qu'il n'y ait des raisons sociales de leur consentir des dégrèvements, ils devraient acquiescer à peu près entièrement leurs contributions. Je ne m'oppose pas à ce qu'ils les acquiescent entièrement; toutes les sommes supplémentaires qu'ils versent à titre de contribuables aideront les indigents.

M. HOWDEN: Je comprends que M. Watson parle de la contribution entière de \$12. Il n'est pas question de faire payer moins à celui qui en est capable. Mais voici le point sur lequel je voudrais des éclaircissements complets. Prenons, par exemple, le cas des personnes à l'aise qui, d'après les paiements imposés, contribuent au fonds général proportionnellement à leurs moyens. Si le solde devait provenir du revenu général, ces personnes ne contribueraient-elles pas à l'assurance-santé proportionnellement à leurs ressources, après avoir acquitté la cotisation initiale.

M. WATSON: En parlant de la contribution je n'ai pas voulu viser uniquement celle de \$12; j'ai voulu parler du total qu'il faudrait peut-être percevoir des adultes afin de couvrir entièrement les frais de l'assurance-santé. C'est ce que j'ai voulu dire par contributions. Le projet actuel prévoit une contribution de \$12 ainsi qu'une autre perçue par la division de l'impôt sur le revenu, et qu'on a désignée comme taxe. Cette contribution peut comporter une taxe, je n'en sais rien. On ne saurait s'opposer, je crois, à deux contributions qui ajoutées ensemble ne constituent pas un prélèvement fiscal. Cette somme ne devrait pas dépasser la pleine contribution annuelle. Si un particulier est dans la gêne il obtiendrait des dégrèvements sur sa contribution. A mon avis, toutes les charges fiscales nécessaires pour combler ces dégrèvements devraient être prévues par le régime général d'importation du gouvernement fédéral et des provinces.

M. McCANN: Vous entendez que ces charges fiscales ne figureront pas comme contribution dans la déclaration d'impôt sur le revenu, mais comme impôt sur le revenu?

M. WATSON: Elles figureront comme contribution à l'assurance-santé. Ainsi qu'on l'a dit, il faudra peut-être de longues explications afin d'élucider ce point.

M. HOWDEN: Est-ce qu'une personne ne verse pas de toute façon ces charges, que ce soit à titre de deuxième contribution ou à même le fonds du revenu général?

M. WATSON: Je ne le crois pas. La contribution d'assurance se rapporte nécessairement aux prestations d'assurance.

M. HOWDEN: Si elle doit être payée à même le fonds général, le contribuable en acquitte sa part?

M. WATSON: Oui, mais ce sera une part différente de celle de la contribution d'assurance-santé. Prenez le cas de l'approvisionnement de lait. Il doit y avoir des rapports étroits entre la consommation de lait par les indigents et les riches. Il peut ne pas y avoir une grande différence et cela vaut pour les services d'assurance-santé: les indigents en profiteront peut-être presque autant que les riches. En conséquence, la contribution d'assurance devrait être uniforme, mais comme bien des personnes ne pourront facilement acquitter les leurs, il faut pourvoir à des dégrèvements en leur faveur. Si on applique un bon plan de dégrèvement, il s'harmonisera avec des principes rationnels d'assurance. Il ne constituera qu'une réconciliation au paiement de la contribution lorsqu'un particulier n'est pas en mesure de l'acquitter. C'est comme lorsqu'un particulier est en mauvaise santé et ne peut acquitter sa prime d'assurance-vie.

M. MAYHEW: Pour ce qui est de cette contribution de \$12, on estime, je crois, qu'elle produira environ \$94,000,000 par année. Je me demande ce qu'il en coûtera pour percevoir cette somme. Il me semble qu'il y aura des comités d'enquête dans tout le Canada qui entendront les demandes de personnes désireuses de se soustraire au paiement de ces \$12, d'où des frais de perceptions élevés. Je ne crois pas que la contribution précitée soit aussi avantageuse qu'on le prévoit. Quant à celle de \$1 par mois, c'est très facile de dire qu'elle est de \$1 par mois, mais elle ne signifie pas \$1 par mois, mais au moins \$24 par année, \$2 par mois pour un homme marié. Si celui-ci a des enfants qui fréquentent le collège et qu'il ait besoin d'argent, sa contribution lui coûtera peut-être \$48

et il aura déjà payé une certaine somme à cet égard avec son impôt sur le revenu. Je veux insister sur le fait que le versement de \$12 ne produira pas \$94,000,000 par année; il restera à en retrancher les frais de perception.

M. BRYCE: Il est bien vrai qu'il y aura des frais de recouvrement, particulièrement dans les cas comportant des déductions partielles. C'est une des raisons pour lesquelles nous proposons que les provinces s'occupent de ce recouvrement et qu'il soit lié à l'administration locale de l'assurance-santé. Ainsi, les fonctionnaires locaux pourront prêter leur concours, ce qui contribuera à abaisser les frais de recouvrement. Il me paraît inévitable que les contributions donnent lieu à certains frais de recouvrement. Nous avons tenté de les abaisser au minimum. On ne saurait probablement déterminer si une personne peut acquitter ou non une contribution sans être entraîné à des frais de ce chef. Il s'agit de concilier la justice et l'équité pour les particuliers, ainsi que les frais qui en découlent.

M. MAYHEW: Non seulement faut-il tenir compte des frais de recouvrement, mais encore des frais d'investigation.

M. BRUCE: Oui.

M. JOHNSTON: A propos des frais de recouvrement, ne pourriez-vous prévenir les provinces de fournir aux représentants qu'elles enverront au Comité, une certaine estimation du chiffre de leurs frais d'administration? On pourrait peut-être découvrir que ces frais seront tels pour les provinces et le Dominion qu'il pourrait être meilleur marché de considérer la question sous un autre aspect. En ce qui concerne l'Alberta, j'apprends qu'elle hospitalise gratuitement toutes les femmes en couches. On a soutenu catégoriquement que seules les femmes ayant moins qu'un certain revenu pourraient profiter de ce service. Après une enquête minutieuse on a constaté que les frais d'administration de ce service, que la détermination du revenu et de ce que seraient les frais s'ils étaient partagés, seraient tels qu'il en coûterait moins cher de les prélever à même les charges fiscales générales plutôt qu'au moyen de contributions. Je crains que vous ne constatiez que la même chose se produise dans le présent cas. L'on reconnaît généralement que si après la dernière guerre, nous eussions donné immédiatement les terres aux anciens combattants, nous y aurions beaucoup gagné, si l'on tient compte des frais énormes d'administration. La même chose va se produire, je crois, dans ce cas-ci.

Le PRÉSIDENT: Il est une heure.

M. MACINNIS: Avant que le Comité n'ajourne, monsieur le président, puis-je demander quelques renseignements pour la prochaine séance?

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. MACINNIS: Peut-être ne sont-ils pas disponibles. Je me suis demandé si le ministère des Pensions et de la Santé nationale ou le comité des finances n'avait pas de données quant aux sociétés de services médicaux qui existent actuellement. Je sais qu'il y en a un certain nombre; j'ai déjà appartenu à l'une d'elles. J'aimerais obtenir des renseignements sur les contributions mentionnées que paient leurs membres, les services qu'ils reçoivent pour ces contributions, ainsi que des renseignements sur ceux qu'ils obtiendraient d'après la loi projetée.

Le PRÉSIDENT: On m'informe que ces renseignements seront fournis.

M. MACINNIS: Je crois qu'ils seraient très utiles.

Le PRÉSIDENT: Nous poursuivrons la discussion de l'organisation financière à la prochaine séance.

Le Comité s'ajourne à une heure cinq de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

et il aura déjà payé une certaine somme à cet égard avec son impôt sur le revenu. Je veux insister sur le fait que le versement de \$12 ne produira pas \$94,000,000 par année; il restera à en retrancher les frais de perception.

M. BRYCE: Il est bien vrai qu'il y aura des frais de recouvrement, particulièrement dans les cas comportant des déductions partielles. C'est une des raisons pour lesquelles nous proposons que les provinces s'occupent de ce recouvrement et qu'il soit lié à l'administration locale de l'assurance-santé. Ainsi, les fonctionnaires locaux pourront prêter leur concours, ce qui contribuera à abaisser les frais de recouvrement. Il me paraît inévitable que les contributions donnent lieu à certains frais de recouvrement. Nous avons tenté de les abaisser au minimum. On ne saurait probablement déterminer si une personne peut acquitter ou non une contribution sans être entraîné à des frais de ce chef. Il s'agit de concilier la justice et l'équité pour les particuliers, ainsi que les frais qui en découlent.

M. MAYHEW: Non seulement faut-il tenir compte des frais de recouvrement, mais encore des frais d'investigation.

M. BRUCE: Oui.

M. JOHNSTON: A propos des frais de recouvrement, ne pourriez-vous prévenir les provinces de fournir aux représentants qu'elles enverront au Comité, une certaine estimation du chiffre de leurs frais d'administration? On pourrait peut-être découvrir que ces frais seront tels pour les provinces et le Dominion qu'il pourrait être meilleur marché de considérer la question sous un autre aspect. En ce qui concerne l'Alberta, j'apprends qu'elle hospitalise gratuitement toutes les femmes en couches. On a soutenu catégoriquement que seules les femmes ayant moins qu'un certain revenu pourraient profiter de ce service. Après une enquête minutieuse on a constaté que les frais d'administration de ce service, que la détermination du revenu et de ce que seraient les frais s'ils étaient partagés, seraient tels qu'il en coûterait moins cher de les prélever à même les charges fiscales générales plutôt qu'au moyen de contributions. Je crains que vous ne constatiez que la même chose se produise dans le présent cas. L'on reconnaît généralement que si après la dernière guerre, nous eussions donné immédiatement les terres aux anciens combattants, nous y aurions beaucoup gagné, si l'on tient compte des frais énormes d'administration. La même chose va se produire, je crois, dans ce cas-ci.

Le PRÉSIDENT: Il est une heure.

M. MACINNIS: Avant que le Comité n'ajourne, monsieur le président, puis-je demander quelques renseignements pour la prochaine séance?

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. MACINNIS: Peut-être ne sont-ils pas disponibles. Je me suis demandé si le ministère des Pensions et de la Santé nationale ou le comité des finances n'avait pas de données quant aux sociétés de services médicaux qui existent actuellement. Je sais qu'il y en a un certain nombre; j'ai déjà appartenu à l'une d'elles. J'aimerais obtenir des renseignements sur les contributions mensuelles que paient leurs membres, les services qu'ils reçoivent pour ces contributions, ainsi que des renseignements sur ceux qu'ils obtiendraient d'après la loi projetée.

Le PRÉSIDENT: On m'informe que ces renseignements seront fournis.

M. MACINNIS: Je crois qu'ils seraient très utiles.

Le PRÉSIDENT: Nous poursuivrons la discussion de l'organisation financière à la prochaine séance.

Le Comité s'ajourne à une heure cinq de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

u.
00

i-
i-
e-
es
er
it
u
r
it
n

-
s,
t
n
i.
s
s
e
e
s
e
t
r
n
r

e
t

SESSION DE 1944
CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL
DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule N° 4

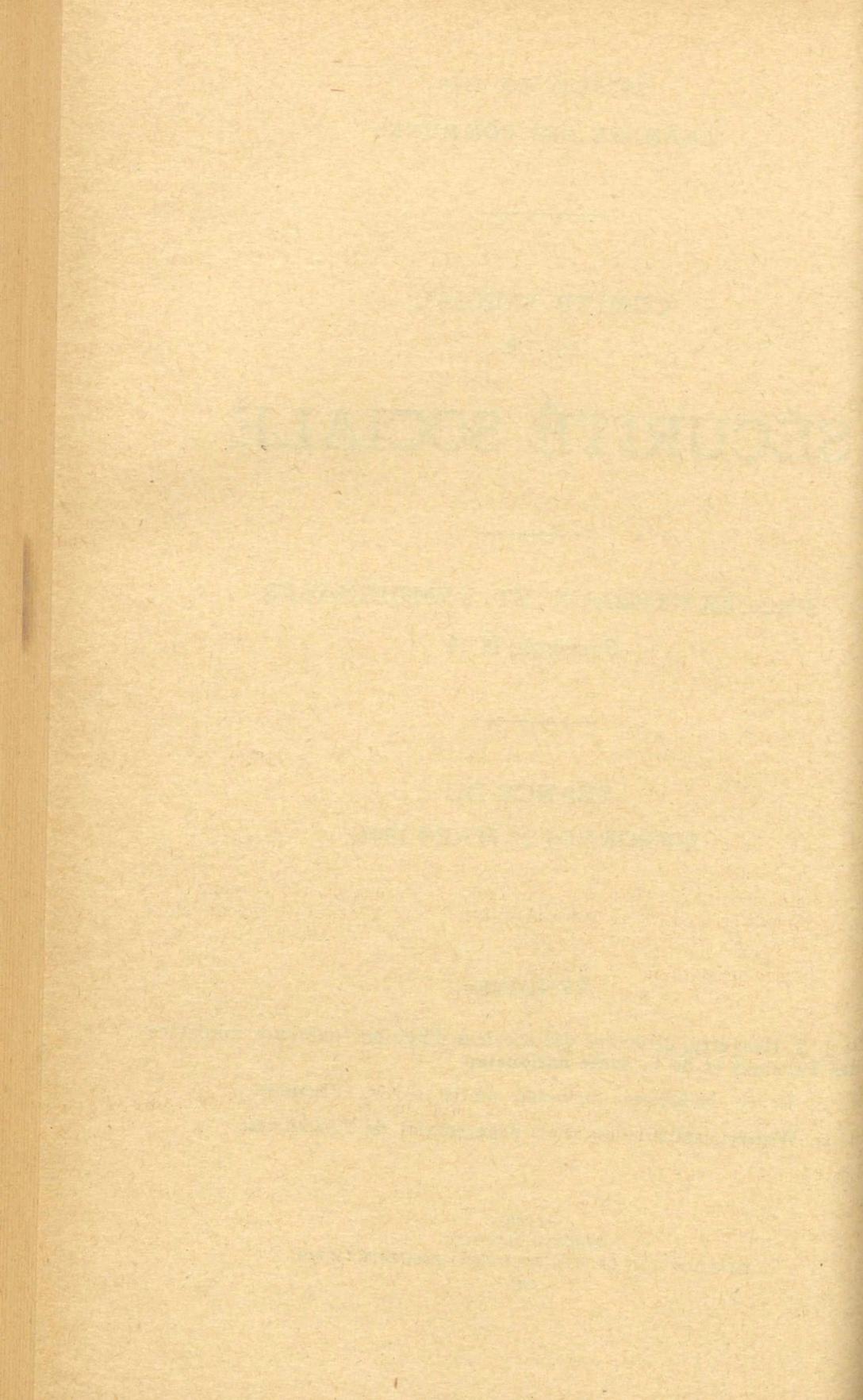
SÉANCE DU
MERCREDI 22 MARS 1944

TÉMOINS:

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère
des Pensions et de la Santé nationale;
M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;
M. A. D. Watson, actuaire en chef, département de l'Assurance.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI

1944



PROCÈS-VERBAL

Le MERCREDI 22 mars 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin, sous la présidence de l'hon. Cyrus Macmillan.

Membres présents: MM. Adamson, Blanchette, Breithaupt, Bruce, Casselman, MM. Claxton, Cleaver, Côté, Donnelly, Fulford, Gershaw, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Leclerc, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McIvor, Slaght, Veniot, Warren, Wood et Wright—27.

Sont aussi présents: Le Dr J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. A. D. Watson, actuaire en chef, département de l'Assurance;

M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;

M. J. T. Marshall, directeur, division des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique;

M. H. C. Hogart, inspecteur en chef adjoint de l'impôt sur le revenu;

M. E. Stangroom, directeur en chef de l'assurance, Commission d'assurance-chômage;

M. J. F. Howes, du personnel des recherches, Banque du Canada.

M. W. G. Gunn, avocat de ministère, ministère des Pensions et de la Santé nationale.

M. Hurtubise recommande que les adultes infirmes soient traités en vertu du bill d'assurance-santé. Le président dit que ce sujet pourra être abordé lors de l'étude de chaque clause du bill.

Le Dr Heagerty, MM. Bryce et Watson sont appelés et interrogés.

M. Côté propose: "L'adoption du plan alternatif (b)."

Ledit plan se lit comme suit:

"Le maintien de la contribution de \$12.00, l'abolition du recouvrement au moyen de l'impôt sur le revenu, et la substitution à ce mode de versements supplémentaires à même le revenu national."

M. Howden propose en amendement:

"Que le taux uniforme soit de \$10.00 par tête."

La discussion s'ensuit et le président annonce que la motion de M. Côté et l'amendement à celle-ci seront étudiés à la prochaine séance.

L'hon. M. Mackenzie répond à une question posée par M. Gershaw à la page 47 des Témoignages au sujet des frais supplémentaires que comporterait pour le gouvernement le fait de s'occuper des enfants de 16 à 21 ans.

Les témoins se retirent.

Sur la proposition de M. MacInnis, le Comité s'ajourne à une heure dix de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,

J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 22 mars 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin, sous la présidence de l'hon. Cyrus Macmillan.

M. HURTUBISE: Monsieur le président, vous avez probablement le programme pour aujourd'hui. Avant que vous n'en abordiez l'étude, j'aimerais soumettre une question au Comité pour qu'il la prenne en considération. A mon sens, lorsque ce bill sera adopté il aura une portée générale et englobera probablement toutes les lois précédentes, telles que celles des pensions de vieillesse, des allocations aux mères et différents sujets. Je vois à la page 10 de l'avant-projet de loi, Première Annexe, article 3, qu'il est question des enfants infirmes. Je suppose que cette expression désigne les enfants infirmes âgés de 16 ans et moins. Il faut, cependant, tenir compte d'une autre catégorie de personnes. Je veux savoir du Dr Heagerty si on a tenu compte des infirmes en général dans la préparation du programme. Il est vrai que les pensions de vieillesse en font vivre un certain nombre et que la loi sur les accidents du travail protège les autres. La loi projetée s'appliquera aux enfants infirmes jusqu'à un certain âge. Depuis des années je reçois à mon bureau des personnes désavantagées dont l'âge varie depuis 16 ans jusqu'à l'âge d'admissibilité à la pension de vieillesse. Quelques-unes ont même suivi des cours spéciaux, comptabilité et autres, afin de devenir spécialistes, mais elles ne peuvent trouver nulle part de travail pour gagner leur vie parce qu'elles sont désavantagées. Seuls les gens compatissants leur viendront en aide en les employant. Je me demande si le Dr Heagerty a tenu compte de ce fait dans la préparation de son programme. Ces personnes sont réellement désavantagées; leur nombre est considérable et elles ne peuvent se procurer d'emplois. J'espère qu'on considérera leur situation et qu'on les aidera de quelque façon.

Le Dr HEAGERTY: Nous n'avons pas étudié le cas des adultes. Nous n'avions pensé qu'aux enfants. Nous n'avons étudié la question qu'au point de vue de la prévention et du traitement des maladies qui rendent les enfants infirmes. Nous avons cru que les autorités provinciales et fédérales devaient prendre des mesures précises en vue d'aider à la prévention de ces maladies et à leur traitement. C'est tout ce que nous nous sommes proposé. Nous savons qu'on n'a guère accompli dans ce domaine au Canada. Dans certaines provinces on s'efforce activement d'enrayer la propagation des maladies contagieuses, mais dans d'autres les dispositions ne sont pas aussi complètes vu le manque de fonds. Les maladies entraînant des infirmités, et auxquelles nous avons pensé, résultaient surtout de la paralysie infantile.

M. HURTUBISE: Il y en a beaucoup d'autres.

Le Dr HEAGERTY: Et aussi des troubles cardiaques et de l'arthrite. Nous avons cru qu'il fallait tenter quelque chose pour ces enfants, tant en ce qui concerne la prévention de la maladie que le traitement à déterminer. Cela ne confinerait pas le programme ci-dessus à ces deux domaines, mais pourrait embrasser aussi la question de l'éducation et des situations à leur trouver. Je suis heureux, cependant, que vous ayez soulevé la question des maladies qui entraînent des infirmités chez les adultes, parce que comme vous le savez, dans certaines industries on prend des mesures afin d'embaucher des personnes infirmes. Il y en a, par exemple, beaucoup dans le service civil. Un grand

nombre—j'ignore leur pourcentage exact—d'infirmes sont à l'emploi de la compagnie Ford. Après la dernière guerre, une loi en Allemagne obligeait chaque compagnie à embaucher des infirmes dans une proportion de 2 p. 100 de son personnel. Il est donc évident que l'entière question est de très grande importance et je suis vraiment très heureux qu'on l'ait soulevé. Mais je crois que si nous débutons par la prévention et le traitement des maladies qui causent des infirmités chez les enfants, nous aurons fait un pas dans la voie du progrès.

M. HURTUBISE: Mais, docteur Heagerty, il y a actuellement une loi à l'étude qui est de portée générale. Elle embrasse les pensions de vieillesse et les allocations aux mères à certaines conditions. Mais les enfants infirmes dont vous venez de parler ne constitueront qu'un pourcentage de la catégorie dont je parle. Qu'advient-il des 90 p. 100 qui restent et dont on se désintéresse? Même après qu'ils ont fait des sacrifices afin de se spécialiser dans certaines carrières, ou de suivre des cours spéciaux, ils ne sont pas plus avancés. Ils essaient de trouver des emplois quelconques mais ils n'y réussissent pas. J'espère que ce problème sera suffisamment étudié. Je parle maintenant des adultes infirmes et non pas des enfants infirmes. Il n'y a pas que les infirmes à la suite de maladies. Bien des accidents ne relèvent pas de la loi des accidents du travail. J'ai connaissance d'un grand nombre de ces cas. Il y a une loi des pensions de vieillesse, celle des allocations aux mères et il y en a d'autres analogues, mais aucune loi ne protège les adultes infirmes. Ils ne peuvent obtenir de l'aide que des municipalités, soit en acceptant des places qui leur conviennent ou des secours de chômage.

Le PRÉSIDENT: Lorsque le bill sera discuté article par article, ce problème pourra alors être discuté. Je vais vous demander de faire certaines représentations au Comité à l'appui de vos allégations, monsieur Hurtubise. Cela vous agréé-t-il?

M. HURTUBISE: Quand?

Le PRÉSIDENT: Lorsque le bill sera discuté article par article.

M. HURTUBISE: Je voulais simplement soumettre ce point à votre attention au cas où il n'aurait pas été étudié.

Le PRÉSIDENT: Tous mes remerciements.

M. CÔTÉ: Il est bien inspiré, docteur Hurtubise, et nous donnera matière à réflexion.

Le PRÉSIDENT: Veuillez exposer le programme, docteur Heagerty.

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président et messieurs, la discussion s'est prolongée à la dernière séance à propos de la perception des contributions et l'on a proposé alors que les contributions pourraient s'effectuer au moyen d'un prélèvement direct de \$12 et d'une taxe de 3 p. 100 pour les célibataires et de 5 p. 100 pour les gens mariés. La discussion semblerait démontrer qu'on ne savait trop s'il serait équitable de percevoir les contributions de cette façon. J'ai cru devoir, afin de hâter les délibérations, vous soumettre un bref mémoire exposant le moyen de recueillir des fonds, tel qu'il a été esquissé à la dernière séance, ainsi que d'autres méthodes de discussion; il est, ce me semble, extrêmement important que nous en venions à une certaine conclusion à l'égard de la question des frais et de la perception des primes avant d'aborder la discussion détaillée de tout le bill.

Vous vous souvenez qu'à une séance précédente, l'on avait proposé la tenue d'une conférence avec les représentants des provinces et que votre quatrième rapport recommandait que le comité consultatif de l'assurance-santé se rende dans les provinces afin de débattre toute la question de l'assurance-santé et d'expliquer aux autorités provinciales le rapport du comité consultatif et les propositions qu'il renfermait. Ce comité n'a pas cru qu'il avait compétence

pour se rendre dans les provinces en vue de leur faire des propositions, parce qu'il n'en était pas arrivé à des conclusions précises concernant les frais ou les contributions. Le comité a cru qu'il serait très malavisé de conférer avec les provinces à moins qu'il n'eût de proposition précise à soumettre à leurs représentants. Le comité est encore passablement dans la même situation. Il vous a soumis une autre proposition. Ce sera peut-être une entre plusieurs. Mais avant qu'une décision soit prise à leur sujet, nous ne croyons pas que nous devrions conférer avec les provinces. Nous n'y sommes réellement pas préparés. Néanmoins, comme vous le savez, le plan à l'étude est si vaste, il a une si grande portée qu'il ne me semble pas que le Dominion seul puisse établir un plan d'assurance-santé applicable dans tout le pays. Il est essentiel qu'il y ait des entretiens avec les provinces. Je crois que vous en convenez tous volontiers. Ce plan aura diverses répercussions sur elles et ainsi donc on devrait les consulter, je crois, avant de prendre des mesures précises et définitives. En tout cas, nous devrions en avoir une idée nette avant de le discuter, et en conséquence le comité consultatif de l'assurance-santé désire obtenir les vues du Comité, même si elles ne sont pas définitives, avant que les entretiens précités aient lieu. Voilà pourquoi je vous sou mets ce bref mémoire.

Vous vous souvenez qu'à la dernière séance M. Johnston a demandé certains renseignements sur les associations médicales bénévoles. J'ai préparé pour vous le remettre un court mémoire concernant certaines de ces associations canadiennes les mieux connues et quelques-unes des associations américaines. Ce n'est qu'un très bref résumé. Il ne traite que d'un très petit nombre d'associations. S'il vous faut des renseignements sur un plus grand nombre, nous pourrions vous les obtenir. A noter qu'un grand nombre de ces associations sont bénévoles, mais aucune d'entre elles ne donne un service complet, d'après notre idée de l'assurance-santé. Ainsi donc je ne crois pas qu'il faille étudier la question dans beaucoup plus de détails que dans le mémoire qui vous a été soumis, mais vous aurez d'autres données si vous les voulez.

Le PRÉSIDENT: Communiquerez-vous ces chiffres au Comité, docteur Heagerty?

Le Dr HEAGERTY: Au sujet des associations de services médicaux?

Le PRÉSIDENT: Oui.

Le Dr HEAGERTY: Il y a un exemplaire du mémoire ci-dessus pour chaque membre du Comité.

Le PRÉSIDENT: Remettez-en un au sténographe.

Le Dr HEAGERTY: Je vais vous lire le mémoire. Il y a les *Medical Services*, de Vancouver, C.-B.

M. DONNELLY: S'agit-il de l'association de Vancouver?

Le Dr HEAGERTY: Oui, puis il y a l'*Associated Medical Services, Inc.*, et la *Hollinger Employees' Medical Services*. Ce sont les trois que j'ai consignées, parce qu'elles sont les mieux connues.

M. DONNELLY: Pouvez-vous nous citer certains détails, tels que par exemple, le nombre de médecins qu'elles comptent?

Le Dr HEAGERTY: Je ne possède pas tous les détails. Je n'ai que ceux ayant trait aux frais et services fournis et non pas quant au nombre de médecins, parce qu'il s'agit d'associations bénévoles qui rétribuent leurs médecins moyennant une certaine redevance. En conséquence, tous les médecins de Vancouver pourraient y appartenir.

M. HOWDEN: Nous n'avons pas d'exemplaires de ce mémoire, monsieur le président.

M. CÔTÉ: Nous l'avons reçu par la poste.

M. MACINNIS: Docteur Heagerty, où trouve-t-on l'*Associated Medical Services, Inc.*?

Le Dr HEAGERTY: On en compte une succursale à Ottawa, une autre à Toronto et une troisième à Windsor.

M. MACINNIS: Est-ce qu'il y en a aussi une à Vancouver?

Le Dr HEAGERTY: Oui. Il y a les *Medical Services*, de Vancouver, C.-B.

M. MACINNIS: Je vois qu'il y a les *Medical Services*, de Vancouver, C.-B., et l'*Associated Medical Services, Inc.*

Le Dr HEAGERTY: Oui. C'est une autre association.

M. JOHNSTON: Se trouve-t-elle à Vancouver?

Le Dr HEAGERTY: Non. Les *Associated Medical Services* ont des bureaux à Toronto et à Ottawa. A Windsor on trouve, je crois, les *Windsor Medical Services, Inc.*

M. MACINNIS: C'est ce que je voulais savoir.

M. BREITHAUP: Savez-vous quelles autres villes comptent des associations de services médicaux? Kitchener est-elle du nombre?

Le Dr HEAGERTY: Ces associations existent dans un certain nombre de centres. Les *Associated Medical Services* ont accru le nombre de leurs succursales. Je ne saurais vous dire dans quelles villes on les trouve.

M. DONNELLY: Ces associations ont-elles beaucoup de membres. Ont-elles un grand rayon d'action?

Le Dr HEAGERTY: Oui, elles comptent beaucoup de membres. J'ai ici une liasse sur les *Associated Medical Services*. Il me faudrait quelque temps afin d'y trouver les renseignements demandés.

M. CÔTÉ: Est-ce que les *Medical Services* de Vancouver fonctionnent séparément des *Associated Medical Services*?

Le Dr HEAGERTY: Je le crois.

M. CÔTÉ: Il n'y a pas de relation entre les deux?

Le Dr HEAGERTY: Je ne le crois pas.

M. WOOD: Vous n'estimeriez pas que les *Associated Medical Services* embrassent ce que le plan d'assurance-santé est susceptible d'embrasser?

Le Dr HEAGERTY: Non. Si vous avez lu le mémoire...

M. WOOD: Je l'ai lu. Mais j'ai cru qu'il fallait consigner au compte rendu que cette association n'embrasse pas ce qui est prévu à ce plan.

M. MACINNIS: Je me demande si je pourrais dire un mot. C'est moi qui ai demandé ces renseignements l'autre jour.

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. MACINNIS: J'ignore si les autres membres du Comité ont reçu des lettres de personnes qui appartiennent à des associations de services médicaux, mais j'en ai reçu un certain nombre—peut-être une demi douzaine ou plus. J'en ai une émanant d'employés participant à une assurance collective à Toronto ou dans les environs, je veux dire ceux de la compagnie Wickham. Ils sont assurés sur la vie et ils reçoivent aussi la visite du médecin. Je suis sûr que l'une de nos difficultés proviendra du fait que des groupements ayant un régime d'assurance à eux et qui comptent un certain nombre de contributeurs choisis et dont le service sera restreint d'après ce que j'ai pu constater, compareront leur régime à service limité avec le service d'ensemble que nous nous proposons de donner sous le régime de la Loi de l'assurance-santé. Ainsi qu'il arrive d'habitude, je crois qu'ils ne verront pas le plan national d'un bon œil. Il me paraît très important que nous ayons des renseignements à ce sujet, et que nous exposions à ces groupements ainsi qu'au grand public, les restrictions si elles existent, lorsque le service d'assurance est fourni, par des groupements. Il faut

aussi, malgré que je sache que dans le cas précité il s'agit de contributeurs choisis, déterminer si, lorsque les employés quittent une industrie, ils ne sont plus protégés. Ainsi qu'il le sera démontré, ils ne sont pas protégés en ce qui concerne un certain nombre d'affections et de maladies, mais ils le seraient d'après un plan approprié d'assurance-santé.

Mme CASSELMAN: En outre, puis-je indiquer, pour ce qui est des *Associated Medical Services*, les frais pour une famille de deux personnes; je verse \$48 pour ma fille et moi-même, de sorte qu'il y aura \$3 pour chacune, de ce chef. Puis, lorsqu'on s'adresse aux *Associated Medical Services*, il faut déclarer les maladies antérieures. Celles-ci ont été exclues des promesses de paiement ou de paiement partiel. C'est-à-dire, que les circonstances même où nous pouvions nous attendre à la récurrence des difficultés étaient celles laissées de côté par cette association. Les services médicaux qu'elle donne sont très restreints; ils sont fonction de la santé du particulier à l'époque où il fait sa demande. Je crois aussi que cette association n'accepte pas les demandes des personnes de plus de 55 ans.

M. MACINNIS: C'est la vérité, d'après les données que j'ai.

M. McIVOR: Je crois que ce point a été traité l'autre jour lorsque j'ai posé une question sur la *Christian Science*. Cette secte conduit les choses à sa façon et si l'assurance-santé s'applique à elle, ses membres devront y contribuer et défrayer une partie de ce plan. Je crois qu'il englobera tout le monde.

M. MACINNIS: Il n'est pas destiné à exclure qui que ce soit.

Le PRÉSIDENT: Non. Veuillez poursuivre, docteur Heagerty.

Le Dr HEAGERTY: Vais-je lire le rapport entier?

Le PRÉSIDENT: Oui, s'il vous plaît.

Le Dr HEAGERTY: Très bien.

ASSOCIATIONS DE SERVICES MÉDICAUX AU CANADA

	Medical Services, Vancouver, C.-B.	Associated Medical Services, Inc.	Hollingers employes Medical Services Assoc.
PRIMES PAR ANNÉE			
Célibataire.....	\$ 18.00	\$ 24.00	\$22.75 plus 50 cts pour la première visite. La mine verse \$1 par employé pour chaque période (4 semaines). Total, \$35.75.
Famille de deux personnes.	\$ 36.00	\$ 45.00	\$34.45 plus \$1.00 pour chaque première visite. La mine verse \$1.00 par employé pour chaque période (4 semaines). Total, \$47.45.
Famille de trois personnes..	\$ 54.00	\$ 63.00	Tel que ci-haut.
Famille de quatre personnes.	\$ 72.00	\$ 78.00	" "
Famille de cinq personnes.	\$ 90.00	\$ 90.00	" "
Famille de six personnes..	\$108.00	\$102.00	" "
Famille de sept personnes..	\$126.00	\$114.00	" "
ASSURÉS.....	Tous au-dessous de 65 ans	Toute personne de moins de 55 ans.	Pas de limite d'âge—les employés de la mine et leurs familles.

M. MACINNIS: Il conviendrait de faire remarquer, je crois, qu'il y a une limite d'âge pour les personnes embauchées par la mine Hollinger. Si j'ai bien compris, elle est fixée à 35 ans. En outre, on leur fait subir un examen médical très sévère avant de les accepter.

Le Dr HEAGERTY: C'est exact.

Le PRÉSIDENT: Y a-t-il un âge pour la retraite, monsieur MacInnis?

M. MACINNIS: Je l'ignore.

Le Dr HEAGERTY: Je reprends:

ASSOCIATIONS DE SERVICES MÉDICAUX AU CANADA

	Medical Services, Vancouver, C.-B.	Associated Medical Services, Inc.	Hollingers employes Medical Services Assoc.
LIMITES DU REVENU.....	Limite supérieure, \$2,400	Pas de limite.....	Pas de limite.
EXAMEN À L'ENTRÉE.....	Pas actuellement.....	Non. On ne tient pas compte des maladies antérieures.	Employé lors de l'em- bauchage.

Mme CASSELMAN: Ce n'est pas tout à fait exact. Les *Medical Services* prévoient un examen selon l'âge. Les enfants ne subissent pas d'examen. Pour les autres, il dépend de leur âge.

M. CLEAVER: Les personnes de cinquante-cinq ans doivent le subir.

Mme CASSELMAN: Non. Celles de moins de 55 ans y passent aussi. J'ai oublié en quoi il consiste.

Le Dr HEAGERTY: Les *Associated Medical Services* exigent certaines données concernant l'état de santé antérieur ainsi que l'état physique actuel, mais je remarque qu'on exige un examen médical.

Mme CASSELMAN: Je le crois. Il dépend de l'âge de la personne.

Le Dr HEAGERTY: Cela se peut. Je reprends:

ASSOCIATIONS DE SERVICES MÉDICAUX AU CANADA

	Medical Services, Vancouver, C.-B.	Associated Medical Services, Inc.	Hollingers employes Medical Services Assoc.
PERSONNES À CHARGE.....	Toutes celles de moins de 18 ans. Limite 65 ans.	Mari, femme (sans em- ploi rétribué), fils ou filles de moins de 17 ans.	Pas de limite d'âge. L'examen médical sert de base d'admission.
PÉRIODE D'ATTENTE AVANT D'OBTENIR LES SERVICES.	Aucune sauf pour les ac- couchements et les ac- cidents.	Deux mois.....	Aucune.
OBSTÉTRIQUE.....	Pas de services les 10 premiers mois.	Service après minuit du premier jour du mois, dix mois après la date d'entrée en vigueur.	Pas d'attente.
HOSPITALISATION.....	Lit de salle pendant 3 se- maines pour la même maladie. On ne tient pas compte des mala- dies lors de l'inscrip- tion.	Salle semi-privée à pas plus de \$3.00 par jour. La corporation décide la longueur de l'hospi- talisation. Dans les cas d'appendicite et d'ob- stétrique sans compli- cations, l'hospitalisa- tion ne doit pas dépas- ser onze jours.	Lit de salle. Pas d'at- tente.
INFIRMIÈRES.....	Au besoin. La pension à l'hôpital n'est pas com- prise.	Pas de soins d'infirmière sauf ceux des infirmière s visiteuses à domi- cile selon l'autorisation de la corporation.	Au besoin. La pension à l'hôpital est comprise
ACCIDENTS NE RELEVANT PAS DE LA COMMISSION D'INDEM- NISATION.	L'Association n'est res- ponsable que de \$50.00 pour les six premiers mois.	Compris.....	Compris.
LIMITATION DU CHIFFRE DES SERVICES DANS UNE ANNÉE.	\$500.00	\$800.00	Aucune.

ASSOCIATIONS DE SERVICES MÉDICAUX AU CANADA

	Medical Services, Vancouver, C.-B.	Associated Medical Services, Inc.	Hollingers employes Medical Services Assoc.
SERVICES MÉDICAUX.....	Services limités.....	Services limités.....	Services limités.
CANCER, NÉOPLASMES.....	Oui, limités.....	Pas s'ils sont diagnosti- qués dans les six mois.	Oui.
SERVICES CHIRURGICAUX.....	Tous les services néces- saires à l'exclusion de ceux pour les maladies antérieures à l'inscrip- tion et encore sous trai- tement.	Tous les services néces- saires sauf le traite- ment d'états non pré- judiciables à la santé et à l'exclusion des affec- tions encore sous trai- tement lors de l'ins- cription. Pas d'abla- tion des amygdales pendant 12 mois.	Complets.
EXCLUSIONS:			
Périnéoraphies.....	Pas compris.....	Pas compris.....	Compris.
Maladies vénériennes.....	" ".....	" ".....	Pas compris.
Alcooliques.....	" ".....	" ".....	" "
Narcomanes.....	" ".....	" ".....	" "
Services à la suite de parti- cipation à des émeutes.	" ".....	" ".....	" "
Guerre civile.....	Pas compris.....	Pas compris.....	Pas compris.
Guerre.....	" ".....	" ".....	" "
Hospitalisation tuberculeuse.	" ".....	" ".....	" "
Cas de compensation.....	" ".....	" ".....	" "
Troubles mentaux à la suite du diagnostic.	" ".....	" ".....	" "
Maladies congénitales.....	" ".....	" ".....	Compris.
Réfractions de vision.....	" ".....	" ".....	" "
Lunettes et autres traite- ments.	" ".....	" ".....	Pas compris.
Soins dentaires.....	" ".....	" ".....	" "
Remèdes et drogues..... dans les hôpitaux.	Oui, partiellement.....	Oui, partiellement.....	Oui.
	Aucun sérum Aucun vaccin Aucune liqueur Aucun produit glandulai- re, etc.		
Remèdes et drogues en de- hors des hôpitaux.	Pas compris.....	Pas compris.....	Pas compris.
Radiographies dentaires.....	" ".....	" ".....	" "
RADIOGRAPHIES.....	Si nécessaires.....	Si nécessaires.....	Si nécessaires.
SPECIALISTES.....	Oui.....	Oui.....	Oui,—le plan paye le tarif ordinaire, le pa- rif ordinaire, le pa- tient paye la diffé- rence.
SERVICES À DOMICILE.....	Fort restreints.....	Cas spéciaux seulement..	Oui.
FRAIS CONTRACTÉS DURANT MALADIE.	Doivent être acquittés...	Doivent être acquittés...	Protégés à la mine.
ANCIENS SOUSCRIPTEURS RE- CRUTÉS DE NOUVEAU.	Non, à moins d'un chan- gement d'employeur.	Oui, après période d'at- tente.	Oui.
ACCIDENTS, RESPONSABILITÉ DU TIERS.	L'association perçoit....	L'association perçoit....	Attend le rétablis- ment.
EXCÉDENTS POSSIBLES.....	Versés aux réserves.....	Versés aux réserves.....	Aucun.
RÉVOCATION DES PERSONNES À CHARGE.	Si révoquées, ne peuvent être admises de nou- veau.	Réadmission étudiée et approuvée par la Com- mission.	Sans restriction.
ADMISSION DES PERSONNES À CHARGE APRÈS L'ADMISSION DE L'EMPLOYÉ.	Oui, après examen médi- cal seulement.	Après examen médical seulement.	Après examen médical. Gratuit.
HONORAIRES VERSÉS AUX MÉ- DECINS.	75% du tarif de la C.-B...	100% du tarif ordinaire...	Moyenne de 71% dans la 3e année, AVEC REMÈ- DES.
PRÉLÈVEMENTS, SI NÉCESSAI- RES.	Oui.....	Non.....	Non permis.
CONTRIBUTION DES EMPLO- YEURS.	A leur choix.....	A leur choix.....	Oui, \$1.00 par période par employé.
PERCEPTIONS.....	Directes, par groupes ou par l'employeur.	Directes, par groupe ou par l'employeur.	Déductions sur salaire seulement, plus 50c et \$1.00 de frais de ser- vice.
FRAIS D'INSCRIPTION.....	Oui—\$1.50 par employé..	Non.....	Non.

Le comité des frais médicaux a fourni les chiffres annuels suivants comme représentatifs du coût individuel des soins médicaux donnés par des équipes bénévoles aux Etats-Unis:

Coût des soins médicaux suffisants—d'après l'estimation Lee-Jones	\$36 00
Familles domiciliées à Ft. Benning, Georgie (soins dentaires incomplets; lunettes non comprises)	30 00
Employés d'Endicott-Johnson et personnes à leur charge	21 02
Employés de Roanoke Rapids et personnes à leur charge (soins dentaires exceptés; lunettes et remèdes non compris)	17 46
Etudiants à l'Université de Californie (population choisie—9 mois seulement)	14 59
Employés de la Homestake Mining Company et personnes à leur charge (soins dentaires ou domestiques non compris)	12 48
Familles des souscripteurs aux services médicaux Ross-Loos (soins dentaires ou domestiques exceptés; lunettes non comprises)	10 84

Les sociétés de secours mutuel, dont il y a un certain nombre au Canada, ne fournissent pas toutes des avantages analogues. La *National Mutual Benefit Association*, par exemple, assure la visite du médecin, d'un médecin-consultant et d'une infirmière à domicile. L'hospitalisation n'est pas comprise et l'on n'assure pas, non plus, de traitement dans les cas de tuberculose ou de maladie mentale. Dix dollars sont alloués pour un accouchement, et un versement additionnel prévoit cinq visites du médecin. En outre, il y a une allocation de \$50 à \$750 en cas de décès. La prime est de cinquante cents par semaine—\$26 par an—et cette prime embrasse toute la famille.

Etant donné les grands écarts constatés entre les différents plans d'assurance-maladie collectifs et mutuels, il ne semble pas nécessaire de dresser la liste de toutes les sociétés qui existent.

J'ai ici le dossier des *Associated Medical Services* qui exercent, je l'ai dit, leur activité dans différentes parties du Canada. Voici quelques renseignements qui pourront, je crois, vous être utiles. Le pourcentage du coût total des soins médicaux en 1938 a été de 73 p. 100; en 1939, de 71 p. 100; et en 1940, de 70 p. 100. Celui de l'hospitalisation, de 20 p. 100 en 1938; de 23 p. 100 en 1939 et de 5 p. 100 en 1940. Les frais d'infirmières se sont élevés à 7 p. 100 en 1938, à 6 p. 100 en 1939 et à 5 p. 100 en 1940. Le pourcentage du revenu déboursé en frais médicaux en 1938 s'est chiffré par 44.4 p. 100; en 1939, par 60.2 p. 100, et en 1940 par 66.5 p. 100. Les honoraires de médecins en 1939 et en 1940 se sont ainsi répartis: pourcentage mensuel par abonné en 1939: \$1.08, c'est-à-dire \$12.96 par année; en 1940, \$1.03 ou \$12.36 par année. L'hospitalisation a coûté 35c. par mois ou \$4.20 par année en 1939; 37c. ou \$4.24 en 1940. Le coût mensuel, par souscripteur, des frais d'infirmières s'est élevé à 9c. par mois ou \$1.08 par année en 1939; à 7c. en 1940, ou 84c. par an. Le coût mensuel moyen par souscripteur a été de \$1.52 en 1939; c'est-à-dire \$18.24 par an. En 1940, ce coût était de \$17.64. J'ai ici plusieurs détails qui pourraient sans doute vous être utiles. Je crois avoir les frais d'administration. Un moment, et j'y arrive. Le pourcentage du revenu déboursé en frais d'administration en 1939 s'est chiffré par 24.6 p. 100; en 1940, par 21.1 p. 100. Le pourcentage du revenu déboursé pour recruter de nouveaux abonnés s'est élevé à 14.7 p. 100 en 1939, et à 11.1 p. 100 en 1940. Le pourcentage du revenu déboursé pour conserver les anciens abonnés s'est élevé à 9.9 p. 100 en 1939 et à 10 p. 100 en 1940. Le coût de recrutement par souscripteur, en 1940, s'est élevé à \$3.98: les frais d'administration sont donc assez onéreux. Ils atteignent, je dirais, à peu près 24 p. 100. Cela vous donne une bonne idée de la nature des organismes bénévoles, des services qu'ils procurent et du coût de leur administration.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Heagerty. Y a-t-il des questions au sujet de ces services?

M. KINLEY: Monsieur le président, la division que représente le docteur Heagerty dispense depuis des années ses services aux marins et aux hommes de la Marine marchande du Canada. Le docteur Heagerty a-t-il des chiffres sur le coût et l'étendue des services fournis par le gouvernement fédéral aux hommes qui sont en mer?

Le Dr HEAGERTY: Ces chiffres sont disponibles, mais je ne pense pas qu'ils puissent se comparer aux frais d'assurance-santé; les matelots descendent dans nos ports et ils en repartent. Aucun matelot ne reste dans un port durant tout une année, et il est donc difficile de dire exactement combien il en coûte par tête pour dispenser les soins médicaux aux marins. Le coût est pourtant beaucoup moins élevé que celui des Services médicaux associés et d'autres organismes. En outre, les services sont complets. Mais nous n'en possédons pas moins un système détaillé et complet d'administration; or tout le plan fonctionne, vous le savez, sur une base non lucrative. Si l'on pouvait introduire un système analogue dans tout le pays et dans toutes les classes de la population, le coût des soins médicaux, de l'hospitalisation, des remèdes et le reste serait sans doute réduit à sa plus simple expression.

M. KINLEY: Je présume que le service fonctionne sur une base d'échange avec les autres pays; je veux dire le service des matelots. Le marin qui descend dans un port étranger peut recevoir les mêmes soins qu'un marin qui descend dans un port de la Nouvelle-Ecosse.

Le Dr HEAGERTY: Il n'en est pas tout à fait ainsi. Le système varie considérablement d'un pays à l'autre. Aux Etats-Unis, par exemple, tous les matelots américains sont soignés gratuitement. Ils reçoivent un traitement médical complet et une hospitalisation complète. Cependant, les mêmes soins ne seraient pas accordés gratuitement aux marins canadiens dans les ports américains.

M. KINLEY: Le navire payerait, mais non le marin.

Le Dr HEAGERTY: Dans le cas des équipages américains, il n'y a pas de frais. Mais pour les équipages étrangers, il y aurait des frais. Je ne puis dire si c'est le navire ou le matelot qui paye. Probablement le navire, je pense.

M. KINLEY: Oui. Si un marin américain séjourne en Nouvelle-Ecosse et est relegué à l'hôpital, les frais sont acquittés par le navire. Tout marin qui tombe malade à bord a le droit de descendre dans un hôpital et de suivre un traitement. Les frais seraient alors acquittés par le navire américain?

Le Dr HEAGERTY: Tout navire étranger qui entre au Canada paye les frais de maladie de ses marins.

M. KINLEY: Oui, en effet.

Le Dr HEAGERTY: Au taux de 2c. par an, mais pas souvent plus de trois fois l'an; et les sommes ainsi réalisées suffisent aux soins dispensés à l'équipage.

M. KINLEY: Les pêcheurs le long des côtes sont-ils compris dans ce système? Nous passons maintenant aux très petites embarcations.

Le Dr HEAGERTY: Le plan s'étend à toute embarcation propulsée autrement que par des rames: les pêcheurs sont donc inclus.

M. KINLEY: Que paye le pêcheur?

Le Dr HEAGERTY: Le taux est le même dans son cas. Mais si le tonnage est très faible, il paye la somme fixe de \$2.

M. KINLEY: Le pêcheur au long des côtes, avec une petite embarcation, reçoit donc ses soins médicaux pour à peu près \$2 ou \$2 et une fraction par an?

Le Dr HEAGERTY: C'est bien cela.

M. KINLEY: Par an?

Le Dr HEAGERTY: Oui, par an. Le but est naturellement de venir en aide aux pêcheurs. Telle est vraiment la raison de ce très bas prix.

M. KINLEY: Le but était, je pense, d'inclure seulement les pêcheurs, c'est-à-dire ceux dont les navires sont immatriculés. Dans le cas des pêcheurs à l'étranger ce service a beaucoup de mérite, et nous en avons grand besoin. Bien qu'il comporte des frais, ce service me paraît excellent.

M. WOOD: Docteur Heagerty, j'ai une question à poser au sujet des honoraires versés aux *Associated Medical Services*. Est-il possible que ces organismes puissent payer moins cher les services des médecins par suite du fait qu'ils engagent un médecin pour soigner un groupe de leurs clients, et qu'en fin de compte le médecin se trouve probablement à offrir ses services à meilleur marché, parce qu'il sait qu'il recevra une somme fixe comme rétribution? Cet état de choses n'a-t-il pas, peut-être, contribué au succès des *Associated Medical Services*?

Le Dr HEAGERTY: Parfois. A mesure que j'avais dans ma lecture, vous aurez peut-être remarqué que les médecins acceptaient les honoraires fixés par leurs associations médicales provinciales, et leurs taux s'en trouvaient sans doute réduits à un niveau un peu moins élevé que les taux ordinaires des médecins.

M. WOOD: Dans tel cas particulier, ce taux est, je crois, de 75 p. 100?

Le Dr HEAGERTY: Oui.

M. HOWDEN: Je ne vois pas l'importance d'une comparaison de ces chiffres. De fait, nous savons au Canada ce que nous voulons: nous offrons au peuple des soins médicaux organisés sur un pied national—sur une base complète et nationale. Pour le faire bénéficier de pareils services, il faudra que nous en assumions les frais. Je vois cependant ici le nom d'Endicott-Johnson, des employés de cette compagnie et des personnes à leur charge. J'avais fait allusion à cette compagnie en Chambre il y a quelques années. Cette société assure des soins médicaux absolument complets et illimités. Elle a des hôpitaux de quarantaine, des hôpitaux généraux, des dentistes spécialisés, des infirmières et le reste. Tout est compris dans son taux de \$21.02 par année. M. Wood vient de me demander si le fait d'employer en permanence des médecins pouvait profiter à la compagnie. Je pense qu'elle en profite décidément. La compagnie n'a pas recours à toute la faculté médicale d'une manière générale. Elle a ses médecins à elle.

M. SLAGHT: Où est située cette compagnie?

M. HOWDEN: Quelque part aux Etats-Unis. Il s'agit d'une industrie américaine fabriquant des chaussures, et qui est connue sous le nom d'Endicott-Johnson. Cette industrie emploie ses propres médecins, ses propres spécialistes versés dans les différentes branches de la pathologie, de la médecine générale; et pour \$21.02 par an, elle procure aux travailleurs et à leurs familles tous les soins dont ils ont besoin. C'est là, je pense, un excellent point de comparaison. Mais en somme, nous proposons ici même, au Canada, d'offrir au peuple canadien des soins identiques organisés sur une base complète, et nous devons en assumer les frais indépendamment de toute considération de coût par rapport au coût de divers autres services. Je ne vois pas l'utilité de pousser plus avant cette discussion.

M. JOHNSTON: Il y avait un point que je voulais voir tirer au clair. En parcourant le mémoire du Dr Heagerty, je constate que parfois l'on omet les soins dentaires, et parfois les lunettes. La discussion a suivi jusqu'ici un libre cours, et nous avons parlé avec abondance des services médicaux. Je me demande seulement s'il est bien établi que le projet de loi à l'étude comprendrait les soins dentaires et les lunettes?

M. HOWDEN: Naturellement. Les services que nous offrons seraient complets. Tout est compris.

M. JOHNSTON: C'est précisément ce que je voulais savoir. Je veux être sûr de la chose.

Le Dr HEAGERTY: Les soins dentaires seraient inclus pour autant qu'il serait possible de les fournir.

M. JOHNSTON: Je ne vois pas très bien ce que signifie cette incidente "pour autant qu'il serait possible", parce qu'il est possible de les fournir.

M. CÔTÉ: Dans la mesure où il y a des dentistes.

M. DONNELLY: Quand tous les dentistes sont occupés, ils ne peuvent faire plus.

M. JOHNSTON: Il faudra trouver un remède quelconque à cette situation. Des soins dentaires complets devraient être inclus, tout comme le sont des soins médicaux complets. Je me demande en ce moment s'il y a assez de médecins pour pourvoir à la tâche, et cependant les soins médicaux sont compris dans le projet de loi.

Le Dr HEAGERTY: Les soins dentaires sont également compris dans le projet de loi, mais il y a une disposition conçue en ces termes: "Que les catégories de personnes admises aux prestations en vertu du programme ne dépasseront pas le nombre que les dentistes ayant souscrit à l'entente peuvent traiter à l'occasion en conformité du niveau susdit."

M. JOHNSTON: Qui aura charge d'établir ce niveau?

Le Dr HEAGERTY: Il sera établi par règlement.

M. JOHNSTON: Par le Comité?

Docteur HEAGERTY: Par règlement. Vous verrez qu'au début de chaque article, le premier exposé fait allusion aux termes des règlements. Par exemple, au chapitre des "Prestations dentaires", nous lisons ce qui suit, article 12 (1), de la page 18: "Pour les fins de l'administration des prestations dentaires, la Commission doit, conformément aux règlements d'exécution de la présente loi, conclure des ententes avec des dentistes inscrits, y compris les spécialistes en art dentaire, en vue d'appliquer le programme de services dentaires qui peut être établi en conformité desdits règlements."

M. JOHNSTON: A quelle page cela se trouve-t-il?

Le Dr HEAGERTY: A la page 18, article 12 (1).

Le PRÉSIDENT: M. Johnston veut, je pense, savoir qui établit les règlements?

Le Dr HEAGERTY: La commission provinciale d'assurance-santé.

M. JOHNSTON: C'est la commission provinciale d'assurance-santé qui établit les règlements?

Le Dr HEAGERTY: Oui.

M. JOHNSTON: Quelle disposition a été prise à l'égard des lunettes?

Le Dr HEAGERTY: Aucune. Une disposition pourvoit aux traitements spécifiés à l'article des remèdes, mais je dois dire que cela ne comprend pas les lunettes. Je crains fort que l'inclusion des lunettes ne soit coûteuse en notre pays.

M. JOHNSTON: Beaucoup de médecins se spécialisent dans le traitement des yeux et font toute la besogne, jusqu'à la fabrication des lunettes. Le présent bill comprendrait-il ce service?

Le Dr HEAGERTY: L'examen et le traitement des yeux seraient inclus, mais non pas les lunettes.

M. SLAGHT: J'aimerais tirer ce point au clair. Peut-être devrais-je m'y comprendre par moi-même, mais je tiens à recourir à vos bonnes lumières. Supposons que, dans tel district, habitent tant de gens, des colons, et qu'ils sont à quinze, vingt ou vingt-cinq milles du médecin le plus rapproché. Ces colons tombent sous le coup de la disposition qui prescrit \$12. Qui verra à l'établissement du médecin, qui stipulera que ce dernier doit élire domicile dans tel

village ou tel endroit, et qu'il doit traiter les patients même très éloignés de chez lui? Il pourra parcourir de longues distances pour un accouchement. Le programme prévoit-il les mesures à prendre pour que toute la population bénéficie de soins médicaux complets, même les colons et les cultivateurs disséminés dans l'arrière-pays?

Le Dr HEAGERTY: Le but est d'assurer des soins complets à tout citoyen du Canada. Mais il appartiendra aux commissions provinciales d'hygiène de prendre les moyens voulus pour arriver à cette fin. Vous vous rappelez que, dans certaines provinces, la difficulté a été supprimée par un système médical municipal, et par l'établissement d'un hôpital municipal ou, encore, de ce qui s'appelle un projet d'hôpitaux syndiqués. On a également proposé le développement de centres d'hygiène dans différentes parties du pays; et c'est naturellement là une proposition logique et pratique. Quant au mouvement actuel des médecins, personne n'est autorisé à dire à tel médecin: "Vous irez ou non à tel endroit, et vous vous y fixerez." La Commission, si elle est sage, offrira des rémunérations assez alléchantes pour attirer les médecins dans les centres éloignés. Ce sera là une question de traitement, ou de capitation et tout dépendra de la méthode adoptée par la commission d'assurance-santé.

M. SLAGHT: En payant notre contribution aux autorités provinciales, existe-t-il pour nous un moyen de savoir si cet argent profite réellement dans la pratique, ou les provinces sont-elles parfaitement libres de faire ce qu'elles veulent de cet argent?

Le Dr HEAGERTY: Il faut voir, à ce sujet, la disposition de l'article 11, vers le bas de la page 6; il s'agit de la disposition (d), ainsi conçue:

Que le lieutenant-gouverneur en conseil nommera à la Commission d'assurance-santé deux membres désignés par le gouverneur général en conseil.

Il est donc proposé, et la proposition a été faite par le Comité consultatif des finances, que le Gouvernement fédéral nomme à chaque commission provinciale deux membres qui seront chargés de l'administration des deniers fédéraux et d'autres fonctions connexes.

M. ADAMSON: Je crois comprendre que nous sommes ici, ce matin, pour décider la question de savoir si ces taux sont suffisants et si nous devrions les approuver ou les désapprouver. N'est-ce pas cela? Je veux dire que notre réunion a été convoquée spécifiquement à cet effet, et que nous devons décider, ce matin, si, oui ou non, nous approuvons les taux mentionnés. Je voulais seulement que ce point fût tiré au clair.

Le PRÉSIDENT: Peut-être n'arriverons-nous pas à une décision. Mais nous aurons, du moins, discuté la chose.

M. ADAMSON: Voilà bien, n'est-ce pas, le but de notre réunion?

Le PRÉSIDENT: Il faudra prendre, en principe, une décision.

M. ADAMSON: Ce matin, la discussion porte tout simplement sur ces taux, et sur la question de savoir si les taux sont trop élevés, s'ils sont suffisants ou s'ils ne pèseront pas trop lourdement sur les épaules de certaines catégories de citoyen.

Le PRÉSIDENT: C'est vrai.

M. MACINNIS: Monsieur le président, je me levais justement quand M. Adamson a pris la parole. J'allais dire que, à mon sens, nous devrions suivre un certain ordre dans notre discussion, et procéder point par point, sans chevauchement. De cette manière, je pense que nous pourrions approfondir chacun des points du projet de loi, ou du moins chaque point qui a quelque importance à nos yeux. Mais nous n'arriverons jamais nulle part si nous continuons comme nous avons commencé. Je pense que nous devrions traiter un seul point à la fois, et l'épuiser avant de passer à un autre.

M. DONNELLY: J'aurais un mot ou deux à dire au sujet des honoraires perçus. Je ne crois pas que l'on s'objecte bien sérieusement au montant versé par le Gouvernement fédéral, qu'il s'élève à \$100,000,000 ou à \$200,000,000. Au fait, j'ai peur que l'on ne crie plutôt lorsqu'il s'agira de financer l'entier projet à même les fonds du gouvernement fédéral. De plus, je ne crois pas que l'on se plaigne beaucoup des \$50,000,000 qui seront prélevés par voie de l'impôt sur le revenu. En général, les gens diront: "Que ceux qui ont un revenu imposable contribuent à la caisse d'assurance-santé". Je pense que l'on s'érigera surtout contre les \$12 que nous voulons percevoir des particuliers. Plusieurs pensent que ce montant est trop élevé, et peut-être ont-ils raison. Dans ma région, notre plan de soins médicaux est organisé sur une base municipale, et les frais sont perçus par la municipalité. Je pense qu'en l'occurrence la perception des \$12 en question devrait être laissée entre les mains des provinces. Les conditions varient d'une province à l'autre. Certaines provinces ont des centres manufacturiers où il serait très facile de percevoir, à la manufacture même, la contribution sur le salaire de l'ouvrier. Mais à mesure que l'on pénètre plus avant dans la campagne, dans les centres ruraux, ce sera une tâche beaucoup plus difficile que de percevoir les contributions des cultivateurs. Je crois que la perception de cette somme de \$12 devrait être confiée au gouvernement provincial et aux autorités provinciales. S'il en était ainsi, ce sont les autorités provinciales qui prendraient les moyens de percevoir ces quelque \$12 et, dans la province dont j'ai l'honneur de représenter une circonscription, c'est le gouvernement provincial qui préleverait la somme voulue des citoyens par voie d'impôt, tout comme nous percevons aujourd'hui nos droits municipaux pour payer nos médecins municipaux. Par exemple, telle municipalité dans ma circonscription a environ 1,000 à 1,200 âmes de population. Nous payons le médecin \$5,000 par an. Il voit à maintenir la santé dans la localité. Il vaccine, examine les enfants des écoles, traite les malades, exerce l'obstétrique, et le reste. Il pratique les opérations majeures. Pour une opération majeure, il n'exige que la moitié du prix. Quant aux frais d'hôpital, ce sont naturellement les malades qui les acquittent. Nous avons droit à tous ces services moyennant \$5 environ chacun. Mille personnes constituent une somme globale, et ils engagent un médecin pour \$5,000. Chacun se trouve donc à déboursier environ \$5. Peut-être sera-t-il difficile d'exiger \$12. Les gens croiront peut-être qu'ils reçoivent peu en retour de la différence de \$7 qu'ils déboursent pour faire \$12. Vous pourrez attendre, en tout cas, l'entrevue ou la conférence qui doit avoir lieu avec les provinces pour savoir quel est le sentiment général quant à la perception de la somme en question. Je ne pense pas que nous puissions poser de règles arbitraires, et dire à priori comment la province devra organiser cette perception.

M. HOWDEN: Les \$5,000 n'embrassent que la rémunération du médecin. Il y a d'autres dépenses que celles-là.

M. DONNELLY: Je sais. Je sais que les \$5 ne payent que le médecin. Mais il faut se rappeler aussi que les autres \$7 ne sont pas perçus du tout, et ces \$7 suffiront sans doute à acquitter les frais d'hôpital. Cela donne seulement \$100,000,000, et il y a un autre \$150,000,000. Des gens diront que nous voulons déboursier trop d'argent pour ce que nous en retirons. Il s'agit de verser un autre \$100,000,000 provenant du gouvernement fédéral.

M. HOWDEN: Impossible de s'en tenir là si l'on a recours à la profession médicale en général. A moins d'engager des médecins, il est absolument impossible de réussir avec ce montant.

M. DONNELLY: Je vous sou mets le problème tel qu'il se présentera dans la pratique. Je dis qu'il faut laisser aux provinces la liberté de prélever cet argent, et de décider si le tout ou la partie de cet argent sera prélevé sous forme d'impôt par la municipalité qui engage et congédie les médecins, selon le cas.

Je crois qu'il serait beaucoup plus avantageux d'abandonner la perception aux provinces, mais de retenir le droit de décider quelle somme sera versée.

M. GERSHAW: Voici un point que j'aimerais voir tirer au clair pendant que les chiffres sont à notre disposition. La feuille indique qu'une certaine partie de la population canadienne réclame l'assurance-santé, et que cette population en acquitte les frais avec ses propres fonds. Mais je présume que cette partie de la population est relativement petite. La difficulté surgira lorsqu'il s'agira de percevoir la contribution de l'autre partie de la population—la plus vaste—qui n'est pas assurée à l'heure actuelle et qui pourra bien trouver ardues les paiements à effectuer. Par exemple, il y a probablement 2 millions de citoyens canadiens qui ont commencé à envoyer leur déclaration d'impôt sur le revenu. Ces 3 p. 100 ou 5 p. 100 supplémentaires, en plus des \$12, paraîtront un fardeau très onéreux à mettre sur les épaules des petits salariés. Voici la question qui me vient aux lèvres. Je constate, d'après la proposition d'impôt sur le revenu qui est à l'étude, que le travailleur qui touche, disons \$2,400 par an, paye exactement le même montant que celui qui reçoit \$50,000 ou \$100,000 par année. Je me demandais pour quelle raison au juste les augmentations d'impôts s'arrêtaient à \$2,400 et n'atteignaient pas les salaires plus élevés.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Bryce, pouvez-vous répondre à cette question?

M. BRYCE: Je dois dire, monsieur le président, que, d'après le principe qui a présidé à la présente recommandation, nous avons voulu que personne ne verse plus qu'une somme déterminée à la caisse d'assurance-santé. Que la limite soit fixée à \$2,100 ou \$2,400 ou \$2,500, ou si oui ou non, une certaine limite doit être établie, ce sont naturellement là des questions sur lesquelles les opinions pourront être partagées. Mais tout dépendra, à ce propos d'une limite déterminée, de la mesure dans laquelle le projet envisagé aura le caractère d'un plan d'assurance, de la mesure dans laquelle nos paiements à cette caisse, ou les paiements de n'importe quel particulier, seront à peu près l'équivalent d'une prime d'assurance—c'est-à-dire peu élevés—ou de la mesure dans laquelle ces paiements seront assimilables à un impôt. Nous nous sommes efforcés de les assimiler plutôt à une prime d'assurance. Je pense que vous avez là l'explication désirée. Quant à la question d'une limite de \$50 telle que nous l'avons proposée, les opinions là-dessus pourront naturellement varier.

L'hon. M. BRUCE: L'orateur que vous venez d'entendre a résolu le problème que j'avais dans l'esprit; à savoir que si le projet envisagé est vraiment un plan d'assurance-santé, alors il faut que chacun y contribue. Autrement, nous tombons dans ce qui s'appelle la médecine d'Etat. Je crois qu'il est très important qu'il y ait des contributions individuelles. Le montant de ces contributions pourra varier selon la discussion ou le jugement rendu. J'approuve entièrement le Dr Donnell qui nous disait, il y a un moment, que l'apport du Gouvernement fédéral ne soulèvera aucun problème, mais que c'est dans les provinces qu'il sera difficile d'agir, parce que l'impôt de \$12 fera des mécontents, et qu'il appartient aux provinces de faire face à cette situation. Et cela me ramène justement à la question que j'ai déjà soulevée quant à la nécessité d'une conférence avec les provinces pour régler, une fois pour toutes, ce point des contributions et rendre une décision sur le sujet, parce que les provinces auront financièrement à assumer une large part de responsabilité dans l'application de la présente loi. J'espère donc, monsieur le président, parce que ce sera bientôt le moment d'ajourner la Chambre, que vous n'oublierez pas de fixer la date de cette conférence qui devrait avoir lieu le plus tôt possible. Il serait bon que nous poursuivions l'ordre du jour, afin d'arriver à une décision ici même, puis que nous nous entendions au sujet de cette conférence avec les provinces, afin d'obtenir leur concours, indispensable en l'occurrence.

M. SLAGHT: Je me permets d'insister sur ce point. Je crois comprendre que nous en sommes encore au stade voulu pour discuter le principe d'un impôt

obligatoire à prélever ou non auprès de 8 millions de citoyens. A mon sens, c'est là une affaire de très haute importance. J'interrogeais justement M. Bryce l'autre jour, et si j'ai bien compris ce qu'il m'a dit, nous voulons prélever par voie d'impôts autant de \$12 qu'il en faut pour réaliser environ \$100,000,000 du total, et cela veut dire que nous forcerions 8 millions de citoyens à payer \$12 d'impôt. S'il en est ainsi, je doute fort que le peuple canadien soit prêt pour l'adoption de pareilles mesures d'assurance-santé. J'ajoute même que, sur 6 millions de citoyens, 5 millions refuseraient sans doute de payer. Nous savons tous que, sur des terrains comme celui de la prohibition, ou d'autres terrains particulièrement brûlants dans l'esprit public, il est impolitique, en légiférant, de précéder l'opinion. J'ignore si l'on a vraiment consulté le public, pratiqué le coup de sonde ou la coupe transversale dans l'opinion quant à l'accueil que ménagerait la population à une hausse d'impôts; mais, à mon sentiment, le niveau des impôts, au Canada, est déjà à son maximum, de sorte que ce niveau ne saurait être dépassé, et l'opinion publique s'indignera certainement si elle apprend qu'une loi du gouvernement fédéral vient de prescrire un nouvel impôt de \$12 par tête qui frappe 8 millions de citoyens. Je pense qu'il faut s'arrêter pour réfléchir, avant d'essayer d'imposer à notre population ce nouveau fardeau. Cela soulève toute la question de vos méthodes et de votre organisation de prélèvement. Je souhaite que les conditions de santé s'améliorent au Canada. Chacun le souhaite. Mais je crains fort que ce projet d'impôts obligatoires n'obtienne pas l'adhésion générale, que dis-je, j'ose même prédire que le projet excitera une réprobation générale. Devons-nous, alors, l'imposer à notre peuple? Je n'exprime là que mes propres vues, naturellement.

M. HURTUBISE: Je suis de votre avis.

M. MACINNIS: M. Slaght a parlé d'une taxe obligatoire. Il me semble que toutes les taxes sont obligatoires et que personne ne paie de taxes facultatives. Je ne crois pas que nous précédictions l'opinion publique en favorisant l'élaboration d'un plan bien organisé d'assurance-santé. Au fait, chaque fois que des unions s'organisent dans l'industrie ou ailleurs, elles jugent toujours avantageux de se pourvoir en groupe d'avantages dont il leur serait impossible de jouir individuellement. Le but de tous ces groupements ouvriers et autres, tels que les *Associated Medical Services* dont on a parlé aujourd'hui même, et aussi du groupement de Vancouver, c'est que, d'après l'expérience acquise, l'accumulation des ressources et l'organisation des services sur un pied collectif procurent à meilleur marché des avantages plus appréciables que chaque membre n'en jouirait à titre individuel.

M. SLAGHT: Mais la chose est facultative, n'est-il pas vrai?

M. MACINNIS: En effet.

M. SLAGHT: Les membres de ces associations sont libres d'y entrer ou non, n'est-ce pas?

M. MACINNIS: Oui, ils y entrent parce qu'ils le veulent bien. Mais advenant l'élaboration d'un autre système satisfaisant, il n'est pas prouvé qu'ils ne rejetteraient pas le plan proposé s'ils comptaient tirer de meilleurs avantages du nouveau. J'insiste sur ce point. Le projet ne constitue pas une addition à l'impôt, parce qu'il y a peu de gens qui, au cours d'un certain nombre d'années, ne paient rien en fait de soins médicaux ou dentaires—surtout en fait de soins dentaires. Chacun dépense un peu de temps en temps; tous, sauf de rares et fortunées exceptions. Si l'on démontre clairement à ceux qui ont déjà déboursé quelque chose que ce qu'ils paieront l'an prochain à la caisse s'assurance-santé ne constituera pas une addition, mais représentera seulement l'équivalent de ce qu'ils dépensent autrement, je pense qu'aucune protestation ne sera élevée contre le projet. N'oublions pas non plus—et la chose intéresse chacun d'entre nous, je pense—que lorsque nous nous faisons traiter, nous payons les frais de ce traitement; cependant, nous ne payons pas seulement les frais de ce traitement,

mais nous rétribuons, en même temps, le médecin des soins qu'il prodigue à d'autres gens qui sont incapables de payer.

M. HOWDEN: Bravo!

M. MACINNIS: La meilleure chose à faire est donc d'étendre le plan à toute la population, de sorte que chacun puisse verser quelque chose s'il est en mesure de le faire, et que tous les citoyens reçoivent les mêmes soins. Il s'agit surtout de renseigner l'esprit public, si l'on veut faire accepter un plan bien organisé d'assurance-santé. Au fait, je crois que l'opinion réclame un plan de cette nature; et c'est à nous qu'il appartient d'établir ce plan de telle façon que le public puisse se familiariser avec le système et l'accepter en définitive.

M. SLAGHT: Je me permets de faire observer à mon honorable collègue que l'on n'instruit pas le peuple en envoyant un percepteur à domicile. Il faut procéder autrement.

M. MACINNIS: Que les services offerts soient efficaces, et la perception viendra en son temps.

M. CÔTÉ: Je crois comprendre que la perception du \$12 individuel sera laissée à la libre initiative des provinces?

Le PRÉSIDENT: Oui.

Le Dr HEAGERTY: En effet.

M. CÔTÉ: Les provinces seront absolument libres d'agir à leur guise, elles pourront même accorder des rabais si elles le désirent, mais elles répondront du \$12 individuel pour chaque citoyen adulte de la province. Lors de la prochaine conférence avec les provinces, ces dernières seront donc libres de modifier à leur guise le montant individuel en question, pourvu qu'elles remettent au gouvernement fédéral le montant total que cette perception représente. Je crois donc que nous devrions insister, ce matin, sur l'autre partie, sur le prélèvement de l'impôt sur le revenu. Il serait plus logique, je pense, de procéder ainsi, et nous obtiendrions dans l'autre domaine de meilleurs résultats.

M. WRIGHT: J'aimerais ajouter tout simplement un mot pour répondre à M. Slaght. L'an dernier, nous avons entendu en Comité deux groupes représenter la population canadienne qui devait jouir des privilèges accordés par le présent projet de loi. C'étaient des cultivateurs, par l'intermédiaire de la *Canadian Federation of Agriculture*, et des ouvriers. Les deux groupes étaient même disposés à aller au delà des dispositions de notre bill quant aux soins médicaux. Je crois donc que le peuple canadien est prêt pour l'adoption d'un programme d'assurance-santé. Je pense que nous serions plus blâmés si nous ne l'adoptions pas qu'autrement. Aujourd'hui, les gens comprennent certainement qu'il leur faut assumer les frais de toute initiative lancée par le Gouvernement. Il ne reste alors qu'à répartir équitablement les frais subis. Voilà, à mon sens, ce qui devrait nous préoccuper, et non pas la pensée d'abandonner la proposition.

M. HOWDEN: J'allais justement dire, monsieur le président, que je suis un peu d'accord avec tout le monde, et que je ne suis parfaitement d'accord avec personne, particulièrement avec M. MacInnis. Je trouve que le taux uniforme de \$12 est un peu élevé. Sans doute, d'un bout à l'autre du Canada, la moyenne des familles de condition plus ou moins modeste redoutera ce taux de \$12. Il me semble que si les \$12 étaient réduits à \$10, et le niveau de l'impôt sur le revenu légèrement haussé, nous continuerions ainsi la tâche entreprise depuis longtemps déjà au Canada, celle qui vise à faire dévier sur les épaules du riche le fardeau du pauvre. Cette pratique répugne naturellement au riche, mais il ne s'en est pas moins toujours acquitté; et si nous procurons les soins médicaux en question, le riche continuera d'agir comme par le passé parce que c'est un fait reconnu que les médecins se payent là où ils le peuvent,

et que tout revient au même en définitive. Je trouve que le taux de \$12 est un peu élevé, et que si nous pouvions recalculer nos chiffres et réduire les \$12 à \$10 par exemple, en haussant simultanément le niveau de l'impôt sur le revenu, notre projet de loi recevrait une approbation beaucoup plus enthousiaste de la population canadienne.

Mme CASSELMAN: Monsieur le président, je voulais tout simplement dire que j'approuve le projet de loi pourvoyant à un service d'hygiène bien organisé. Je l'approuve de tout cœur, et je trouve, comme le docteur Howden et les autres orateurs que nous avons entendus, que nous devrions mettre ce projet à exécution. On a soulevé la question du niveau de \$12. Si je me rappelle bien, ce montant n'a été jugé trop élevé, ni par les délégués des cultivateurs, ni par les unions ouvrières. Il représente seulement 25 c. par semaine, le prix d'un paquet de cigarettes, d'une séance au cinéma ou d'un autre divertissement du genre. Ce prix n'est pas très élevé. Je ne vois pas que l'on s'y opposerait du fait qu'il serait obligatoire, comme l'a dit M. Slaght. Beaucoup de gens seraient fort aises de jouir du privilège en question, ils le considéreraient comme un service bénévole, presque comme une contribution bénévole, et seraient heureux que le gouvernement fédéral et la province les fassent bénéficier, moyennant une si modique somme, d'un service aussi bien organisé. Je trouve que nous devrions aller de l'avant. Je serais peinée qu'il soit proposé d'abandonner le projet. L'objection que j'ai élevée l'autre jour, et je la maintiens aujourd'hui, c'est que l'impôt sur le revenu est trop élevé. Il serait préférable, à mon sens, que la contribution envisagée rentre sous la rubrique générale de l'impôt sur le revenu, plutôt que d'être prélevée à part sur le revenu aux fins de l'assurance-santé; c'est-à-dire que chacun devrait payer les \$12 indépendamment du chiffre de son revenu. Les contribuables auraient alors, il est vrai, à porter également le fardeau des autres services. Peut-être l'argent proviendrait-il même d'une autre source que de l'impôt sur le revenu. Cet argent viendrait peut-être de la caisse générale constituée par ceux qui peuvent se permettre l'acquisition d'objets de luxe—et ces objets sont imposables—ou par ceux qui peuvent se permettre l'achat d'articles nuisibles à leur bien-être—et ces articles sont également imposables. Les droits de douane et autres y contribueraient. Je trouve que l'idéal est de fixer un montant brut, et je ne trouve pas que celui de \$12 soit trop élevé. Mais je n'aime pas que l'on présente comme on le fait cet imôt sur le revenu.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Bryce, tenez-vous à commenter la question du taux uniforme ou la proposition de Mme Casselman?

M. BRYCE: Quant à la déduction du montant en question sur le revenu, une pareille méthode s'expliquerait par l'opportunité de défrayer une part considérable des frais à même cette source. Nous avons réussi à obtenir que le tiers seulement du coût ne soit pas couvert par la contribution directe. Cette fraction n'a pas paru trop élevée. En même temps, nous voulions d'un taux qui semblât supportable quant on l'ajoutait à l'impôt général sur le revenu; c'est-à-dire que, en augmentant toujours, on obtient un taux qui semble plus ou moins exorbitant, additionné à ce qui paraît être un taux raisonnable d'impôt sur le revenu aux fins ordinaires. D'autre part, si l'on descend trop en deça du 3 ou du 5 p. 100, on se trouve à réduire considérablement le revenu total. Mme Casselman a proposé, je pense, 2 et 4 p. 100. Il est difficile de prévoir exactement la réduction qui en résulterait. Supposons une réduction d'environ \$7,000,000, M. Hogarth dit \$6,500,000 ou \$7,000,000. Cela signifierait une réduction de \$6,500,000 à \$7,000,000 dans les recettes totales de la contribution, chiffrées par \$50,000,000. La somme de \$50,000,000 serait naturellement portée ainsi de \$50,000,000 à quelque \$43,000,000.

M. HOWDÉN: J'aimerais poser une autre question au témoin, pendant qu'il a encore la parole.

Le PRÉSIDENT: Très bien.

M. HOWDEN: Quelle différence résulterait-il d'une réduction à \$10 du taux uniforme payable par une famille de quatre personnes, et d'une hausse de quelques centaines de dollars dans l'impôt sur le revenu? Vous me comprenez bien? Le résultat ne serait-il pas à peu près le même pour une famille de condition modeste?

M. BRYCE: Vous voulez dire, si le taux net était réduit à \$10?

M. HOWDEN: Oui.

M. BRYCE: Et si le maximum, au lieu de \$50, était porté à \$70 environ?

M. HOWDEN: Oui, justement.

M. BRYCE: Le plan changerait d'aspect; il y aurait naturellement une différence de quantité, mais non de nature. C'est-à-dire que le nouveau plan serait moins à base de contributions, et à base de contributions équitablement réparties. Vous rejetez le fardeau sur les hauts salariés. Mais la limite où l'on doit s'arrêter dans ce domaine est une question d'opinion.

M. HOWDEN: Mais il y aurait un point où le résultat serait le même?

M. BRYCE: Oui, sauf qu'il faudrait hausser considérablement le maximum pour compenser la perte quant à la cotisation de \$12. Porter le paiement de \$12 à \$10, ce serait réduire par un sixième les \$96,000,000; soit par \$16,000,000. Je me permets de renvoyer aux estimations des sommes perçues, chiffres publiés la semaine dernière: le montant total perçu des personnes avec revenu de plus de \$1,660 pour les célibataires, et de plus de \$2,000 pour les personnes mariées, se rangerait autour de \$26,000,000. Ajouter un autre \$16,000,000 au fardeau de ceux qui payent actuellement \$26,000,000, ce serait augmenter considérablement le paiement maximum.

M. LECLERC: Puis-je demander au témoin, pendant qu'il a la parole, de nous dire quel était, en moyenne, le revenu des cultivateurs il y a quelques années, avant la guerre?

M. BRYCE: J'ai peur de ne pouvoir répondre, monsieur. On en aurait, je le présume, une idée en calculant le nombre de cultivateurs, et les différentes estimations qui ont été fournies du revenu agricole. Sans doute, les chiffres donnés dans le Rapport Sirois seraient utiles à consulter.

M. LECLERC: Mais vous ne vous souvenez pas?

M. BRYCE: Je ne me souviens pas, je le crains. Il serait très hasardeux de deviner en l'occurrence.

M. LECLERC: Je pense que le revenu moyen du cultivateur paraîtrait fort modique.

M. WOOD: Pour quelle année?

M. LECLERC: Avant la guerre, alors que le revenu des cultivateurs était très réduit. Comme Mme Casselman, je n'aimerais pas voir abandonner le projet. M. MacInnis a affirmé qu'il y avait là une question d'éducation et que, d'ici quelques années, les gens ne s'y opposeront pas, qu'ils seront familiarisés avec le projet. Prenons le cas d'un cultivateur dont le revenu est inférieur à \$1,000. Supposons qu'il a une famille nombreuse. Je regrette qu'en parlant de familles devant notre Comité, on songe toujours à des familles de deux enfants. Une famille de deux enfants n'est pas une famille. Parlons de familles de quatre, de cinq ou de six enfants, avec le père et la mère. Le père serait obligé de payer \$100 ou peut-être \$120.

Mme CASSELMAN: Non. Il n'y a rien à payer pour les enfants de moins de seize ans. Un père de six enfants a droit aux soins, mais ne paye pour aucun enfant de moins de seize ans.

M. LECLERC: Mais il sera obligé de payer pour ceux qui ont plus de seize ans.

Mme CASSELMAN: Mais ceux qui ont cet âge-là contribuent au revenu du cultivateur.

M. LECLERC: Mais ils sont sur la ferme. Ils ne font qu'aider à la besogne.

Mme CASSELMAN: Grâce à eux, le revenu est plus élevé, cependant.

M. LECLERC: Le revenu du cultivateur est faible. Avant la guerre, il était très réduit. Prenons le cas d'une famille à revenu très modique, où personne n'est malade durant un an. Si vous forciez ces gens à payer \$75 environ, leur famille en serait affectée. Le mieux est de ne pas ajouter encore à leur fardeau.

M. VÉNIOT: Monsieur le président, j'approuve la plupart des remarques de M. MacInnis, il y a quelques minutes.

Le PRÉSIDENT: Un moment, messieurs.

M. VÉNIOT: Je songe surtout au fait, signalé par lui, que les citoyens canadiens payent déjà de fortes sommes pour le maintien de services d'hygiène. Le Comité se rappellera que le ministre dans son mémoire de cette année, et aussi le Dr Heagerty dans le sien, ont déclaré que le coût de la maladie au Canada est connu, qu'une enquête spéciale, conduite en 1935 par le Bureau de la statistique, a révélé un chiffre de \$240,500,000.

Le PRÉSIDENT: Un moment, s'il vous plaît.

M. VÉNIOT: Un programme public d'assurance-santé ne représenterait pour le peuple canadien qu'une nouvelle source de dépense des mêmes sommes. Je note également ce que le docteur Donnelly a dit des médecins municipaux dans les provinces de l'Ouest. Il y a quelques semaines, j'ai vu, par hasard, des chiffres indiquant le coût de ces services municipaux sur une base individuelle. Ces services médicaux, lorsque des médecins municipaux sont engagés, coûtent à peu près un dollar par mois et comprennent les soins de médecin et l'hospitalisation. Cela veut dire que, dans les districts de l'Ouest où des médecins municipaux sont engagés, les citoyens payent actuellement un dollar par mois ou \$12 par année, et ce montant équivaut à celui qui est fixé dans le programme à l'étude. Me sera-t-il permis de signaler en outre au Comité que, ces jours derniers, une loi municipale sur la santé a été introduite à la Législature ontarienne, et que le taux d'un dollar par mois est celui qui a été proposé comme contribution à pare par les gens qui désireraient bénéficier des avantages que procure la loi. De sorte que, à tout prendre, un dollar par mois me paraît être le taux qui prévaut dans les différentes provinces et sous différents régimes. Je tenais tout simplement à signaler la chose au Comité, afin que nous puissions fonder nos calculs sur une base solide.

M. ADAMSON: La Fédération de l'Agriculture ne s'est pas élevée contre le dollar mensuel?

Le PRÉSIDENT: Non.

M. JOHNSTON: J'ajoute quelques mots à ce qui a été dit de cette mesure. En premier lieu, je pense qu'elle ne devrait pas être établie à base de contributions. J'ai déjà exprimé cette opinion qui, à mon sens, est la meilleure. Je pense que tout le projet devrait être subventionné à même le revenu général. N'oublions pas que le programme à l'étude est l'un des plus vastes projets nationaux que notre pays ait jamais conçus. Nous parlons de restauration d'après-guerre; mais, pour la restauration d'après-guerre, il n'y a rien qui puisse se comparer au plan d'assurance-santé. Nous n'en sommes plus au point de pouvoir même laisser entendre que nous finirons par abandonner le projet faute d'un peu d'argent. Au Canada, nous avons une banque nationale qui peut venir à notre aide si, réellement, nous manquons d'argent au point de ne pouvoir mener à bien la réalisation du programme envisagé. Sans trop insister sur ce point pour le moment, je dois dire que j'approuve chaque mot de la déclaration du Dr Heagerty qui a dit que, à défaut de pouvoir puiser à même le revenu

national, nous devrions au moins réduire la contribution que propose le présent bill. Je pense que \$12 est le montant maximum à percevoir par tête. Le Dr Heagerty l'a dit, le sentiment public est de plus en plus hostile, en notre pays, aux excédents imposés individuellement pour l'exécution du programme envisagé, et \$12 me semble être un maximum. J'incline même à croire, avec le Dr Howden, que le maximum devrait être de \$10. Mme Casselman a mentionné le pouvoir de gain des enfants sur la ferme. Mme Casselman vient de l'Ouest et elle sait aussi bien que moi, je pense, que la moyenne des fermes consiste en demi-sections, et souvent en quarts de sections. Souvent, vous trouvez des familles nombreuses établies sur des quarts de section. Là où il y a quatre ou cinq enfants âgés de plus de 16 ou de moins de 21 ans, peu importe la somme de travail qu'ils donnent ou leur apport au pouvoir de gain de la ferme, jamais la terre ne rendra plus qu'un revenu très modique, et ce revenu est très modique en vérité. Je propose donc de ne pas accorder d'importance à ce facteur. Des gens comme ceux-là n'ont qu'une très faible revenu, et si vous exigez d'eux un impôt de \$100 ou \$120, cette somme étant au-dessus de leurs moyens, ils sont incapables de la fournir. Je ne pense pas pour une minute que le projet devrait jamais être déclaré irréalisable faute d'argent. Autant vaut dire que le projet de pensions de vieillesse devrait être rejeté faute d'argent. Je m'étonne que M. Slaght ait proposé—et je me trompe peut-être ici, mais c'est du moins ce que j'ai cru comprendre—que nous abandonnions le projet. Je ne sais si M. Slaght en a proposé l'abandon, mais il a peut-être dit que l'accomplissement lui en paraissait un peu prématuré.

M. SLAGHT: Non; ni l'un ni l'autre.

M. JOHNSTON: Je me rappelle que M. Slaght a parlé en Chambre des pensions de vieillesse et qu'il a dit que nous devrions, si nécessaire, utiliser à cet effet les deniers nationaux. Il est certain que nous pourrions tout aussi efficacement utiliser à cette fin une partie des deniers nationaux. Je ne voudrais pas que l'on songe même à abandonner le projet pour une raison de cette nature. Je suis fermement convaincu que \$10 serait une contribution suffisante à prélever de chacun.

M. SLAGHT: Monsieur le président, j'aimerais ajouter, si je le puis, une explication. On a évidemment mal interprété mon attitude. Je croyais avoir fait bien comprendre que j'étais en faveur d'un projet de loi pour l'amélioration de la santé; je n'ai réservé mon approbation que sur l'un des trois prélèvements, c'est-à-dire une taxe de \$12 par tête payable par 8 millions de personnes, pour l'adoption de laquelle le pays ne me semble pas prêt. Je conviens que, autant que possible, ceux qui possèdent davantage, dans le nouvel ordre de choses, devraient contribuer davantage; et si mes collègues sont sincères et veulent voir adopter cette politique, je leur rappellerai deux choses. M. Bryce me corrigera au besoin avec les chiffres qu'il pourra avoir sous la main. Nous avons perçu dans le dernier budget, ou il a, du moins, été estimé que nous devrions percevoir au cours de l'année financière se terminant le 31 mars, \$990,000,000 en impôts sur les revenus individuels seulement, et \$550,000,000 en impôts sur les surplus de bénéfices des compagnies. Cela donne un total de \$1,540,000,000. Si nous voulons procurer au peuple un véritable service médical, acquittons-en les frais à même le trésor public.

M. JOHNSTON: Très bien.

M. SLAGHT: Car je puis vous dire que, dans la catégorie de contribuables à l'impôt sur le revenu qui comprend les célibataires gagnant de \$660 à \$1,200—dans cette catégorie parce que personne ne paie en deçà de \$660—on perçoit seulement \$32,000,000 de 300,000 contribuables. Quant aux hommes mariés dans la catégorie de \$1,200 à \$1,800, on ne perçoit que \$55,000,000 de 600,000 contribuables. De sorte que, sur une perception de \$990,000,000 auprès d'un peu plus

de 2 millions de personnes—et je ne parle en ce moment que de l'impôt sur les revenus individuels—900,000 personnes se trouvent à ne payer que \$87,000,000. Si nous sommes sincères en voulant alléger le fardeau des plus pauvres, assumons les frais du plan d'assurance, malgré le fait que mon honorable collègue, le docteur Bruce, n'aime pas l'étatisation des services d'hygiène. Je pense qu'en passant en revue ces chiffres—et M. Bryce rectifiera les erreurs que je pourrais commettre—vous verrez que les données fournies sont exactes, et que c'est là le seul moyen d'imposer vraiment le fardeau à ceux qui sont le mieux en mesure de le porter—car tel est le slogan en cours dans le nouvel ordre de choses et à la veille des temps nouveaux—au lieu d'envoyer à domicile le percepteur pour frapper à la porte du petit salarié et percevoir \$10 par année pour le mari, la femme et les enfants âgés de moins de 16 ans. Que l'on me comprenne bien. Je ne m'érige pas contre le projet d'assurance-santé. Je me réserve seulement sur le sujet d'un impôt obligatoire.

M. JOHNSTON: Bravo! Je vous approuve en tout point.

M. WOOD: Monsieur le président, je me vois obligé d'émettre mon opinion...

Le PRÉSIDENT: Il n'y a pas d'obligation, monsieur Wood.

M. WOOD: Je croyais qu'il s'agissait d'un plan d'assurance-santé obligatoire. Peut-être me suis-je mal exprimé, mais j'ai voulu dire que cette obligation ressortait de ce que quelques autres honorables députés ont dit. J'apprécie beaucoup l'excellent exposé de M. Slaght sur l'impôt sur le venu et ceux qui le paient. J'ai l'impression que, jusqu'ici, la discussion ressemblait à une espèce de démonstration faite pour prouver que la raison du plus fort est toujours la meilleure. Mais ne nous y trompons pas. M. Slaght a plaidé habilement la cause des petits salariés. Vous ne m'avez pas persuadé, monsieur le président, que l'impôt sur le revenu est payé par les riches. On se le renvoie de main en main tant qu'il n'incombe pas, en définitive, à ceux qui sont engagés dans l'industrie fondamentale de notre pays, aux cultivateurs, et les cultivateurs l'acquittent. Le cultivateur l'acquitte souvent sous forme des prix peu élevés qu'il touche par rapport au coût de la production, il le paie sous forme des prix qu'il verse en achetant des marchandises, prix qui sont établis par différentes mesures; et souvent, un contrôle sur les prix est neutralisé par un contrôle en sens contraire, jusqu'à ce qu'enfin le fardeau, après avoir descendu toute l'échelle sociale, ne puisse aller plus loin et s'arrête sur les épaules du cultivateur. M. Slaght, à mon sens, n'a pas raison de dire que c'est le riche qui paie. Au vrai, nous sommes tous en faveur des services envisagés à condition que ce soit le prochain qui paie. Mais ne nous faisons pas illusion. M. Johnston est d'avis que les frais devraient être acquittés à même le revenu global de la nation. Je puis vous dire—et moi-même je ne suis pas dupe, monsieur le président, si les autres le sont—que lorsque vous puiserez dans le revenu global de la nation, ce sera encore ma profession qui aura à en payer la plus grande partie. Je pense que l'heure a sonné d'envisager la réalité, qu'il est temps que nous ayons, non seulement l'assurance-santé, mais aussi un plan satisfaisant de pensions à base de contributions, et que ces divers projets devraient être fondus en un seul. Allons de l'avant dans ce sens, faisons face en toute sincérité à la situation, et montrons à la population les avantages d'un programme de ce genre.

M. MACINNIS: Où prendrez-vous l'argent?

M. WOOD: Où nous prendrons l'argent? On le gagnera, on produira et on souscrira une part des profits de la production. Sous le régime actuel, aussi bien que sous le régime que vous proposez, la difficulté est que le citoyen qui gaspille est généralement celui qui veut jouir gratuitement des privilèges fournis par les services d'hygiène.

M. JOHNSTON: Ce n'est pas là du tout le sens de ma proposition.

Le PRÉSIDENT: Silence, s'il vous plaît. Laissez finir M. Wood.

M. WOOD: On m'obligerait en me laissant finir.

M. JOHNSTON: Ne me prêtez pas des paroles que je n'ai pas dites.

M. WOOD: Je m'en excuse.

LE PRÉSIDENT: Poursuivez, monsieur Wood.

M. McIVOR: Les cultivateurs n'ont pas besoin de médecins; ils sont toujours en parfaite santé.

M. WOOD: Il y a dans toute société trois catégories de gens sous le rapport de la santé. Il y a ceux qui paient tous leurs soins nécessaires de médecin et d'hospitalisation. Une autre classe peut payer un minimum de frais; c'est-à-dire que ces gens entrent, à l'hôpital, dans une salle publique et paient le service; et même alors, du moins pour la province d'Ontario, les frais de tout le service ne sont pas toujours acquittés. Et puis il y a les indigents. La première catégorie désignée, celle qui assume ses propres frais, aide à payer pour les indigents. A mon sens, si l'on se procurait l'argent voulu à même les sources qui sont particulièrement nocives quant à la santé nationale, ce serait un moyen de remédier à la situation. Très souvent, celui qui peut payer son propre médecin s'est refusé certains comforts de la vie et a fait des sacrifices afin d'atteindre à cette aisance. La chose, je pense, se voit souvent. Parfois, quelqu'un est assez heureux pour spéculer et faire une fortune, mais c'est là la stricte exception. Je crois que la plupart de ceux qui jouissent aujourd'hui d'un niveau élevé de vie ont fait des sacrifices pour en arriver là. Alors pourquoi seraient-ils invités à contribuer pour ceux qui peut-être ont dissipé leur avoir? Nous dépensons \$350,000,000 en boissons. Nous dépensons \$150,000,000 en tabac. Nous dépensons environ \$80,000,000—d'après les chiffres de 1940—au cinéma. Nous dépensons des millions de dollars au jeu et aux courses de chevaux. Je crois que la province d'Ontario a ajouté à la taxe sur ces articles, et je ne vois pas pourquoi un autre 5 p. 100, peut-être, ne serait pas ajouté par le gouvernement fédéral, sans nuire à personne. Il y a des salles de billard et les autres lieux fréquentés par ceux qui sont plus ou moins faibles d'esprit, si je puis me permettre l'expression.

M. WARREN: Vous êtes mieux de ne pas vous la permettre.

M. WOOD: En effet. Je retire cette remarque pour la formuler en d'autres termes. Je dirai donc ceux qui ne voient pas la nécessité d'épargner pour leur propre sécurité sociale. Ce sont là des divertissements dont beaucoup de gens sont victimes, et je crois qu'une bonne part de l'impôt pourrait être prélevée de ces sources, parce que sous plus d'un rapport ces divertissements tendent à nuire à la santé nationale, qui coûte si cher. D'après moi, le seul moyen d'assurer un service à la population, c'est de le lui faire payer; car si vous ne taxez pas la population, ou si vous ne lui laissez assumer aucune responsabilité, elle exigera des services bien supérieurs à ceux qu'elle sera en mesure de se permettre. Je crois que \$12 est une contribution très modeste, et, contrairement à M. Johnston ou au Dr Howden, je ne pense pas que \$2 suffisent à dirimer la difficulté. Je ne le crois pas du tout. Je ne pense pas que le \$2 constitue une épargne. Je m'oppose décidément à un plan de sécurité sociale qui ne serait pas à base de contributions. Je crois que les citoyens devraient assumer une certaine responsabilité, qu'il y a, dans la société, une classe que nous sommes obligés de sauver malgré elle. Je pense que notre devoir est là, et que ces gens apprécieront comme un encouragement la permission de pouvoir contribuer aux avantages dont ils jouissent. Je termine en deux mots. Que personne n'essaie de vous leurrer—car personne ne me leurrera moi-même—en disant que, si l'on puise à même le revenu global du pays, les petits salariés, et particulièrement les cultivateurs, n'auront rien à payer. Malheureusement, c'est nous, les cultivateurs, qui portons le plus grand fardeau—plus grand que celui des citadins; ce fardeau nous est tombé sur les épaules après avoir descendu toute l'échelle sociale jusqu'à la terre—il ne

peut pas aller plus loin—et nous le portons. Je vous remercie, monsieur le président, de m'avoir permis de retenir aussi longtemps l'attention du Comité, mais je sentais le besoin de parler dans ce sens.

Le PRÉSIDENT: Merci beaucoup.

M. MAYBANK: Monsieur le président, je suis très embarrassé d'avoir à choisir entre l'adhésion à la thèse de M. Wood, qui est confuse, et la négation des motifs allégués à l'appui de cette thèse. Sans doute M. Wood est-il cultivateur depuis si longtemps, et a-t-il probablement passé tant d'années à tuer des parasites de tel ou tel genre, qu'il en est venu à croire que tous les citoyens autres que les cultivateurs sont des parasites. Je crois qu'il se trompe en continuant d'affirmer que sur le cultivateur retombera, à la longue, tout le fardeau de l'impôt. Personne ne songe à contester les grands services que rend le cultivateur en cultivant pommes, blé, et le reste. Mais l'on se trompe en croyant qu'aucune richesse ne se crée en dehors de la ferme. Ceux qui reçoivent les produits agricoles des mains du cultivateur et les distribuent aux acheteurs créent également de la richesse, et ceux qui créent de la richesse seront, en définitive, les véritables contribuants sous le régime proposé par M. Slaght, comme d'ailleurs sous n'importe quel régime. On doit déplorer qu'un homme aussi robuste et droit que M. Wood se perde continuellement dans la mer d'erreurs où on le voit si souvent plongé. Je n'ai jamais plaidé, jusqu'ici, la cause de quelqu'un qui n'était pas un cultivateur. Mais, justement parce que la critique dirigée contre les non-cultivateurs l'a été en terme si tranchants, j'ai fini par croire qu'il fallait remettre M. Wood dans la bonne voie, quoi qu'il soit mon ami et que je le sache terriblement têtue. Je ne suis pas sûr de l'avoir converti, mais il n'en continuera pas moins à vouloir rechercher la vérité. M. Slaght a proposé d'enlever le fardeau de cet impôt aux citoyens qu'il désignait, à ceux qui ne paient pas beaucoup d'impôt à l'heure actuelle et qui forment la masse des petits salariés. Mais il a, semble-t-il, oublié que, dans presque tous ces cas, \$12 ou davantage se paient nécessairement en frais médicaux dès aujourd'hui; et si l'on procurait, moyennant le taux net de \$12, les avantages de la loi même aux gens dont il parle, les paiements annuels de la population pauvre en général seraient réduits d'emblée. D'aucuns vous diront que les plus pauvres ne paient pas de frais médicaux. Mais, durant l'espace d'une vie, je crois plutôt que même les petits salariés paient au moins plus de \$12 par an. Je suis sûr de la chose, à cause des observations que j'ai faites auprès de nos listes d'hospitalisés dans les villes. Je songe, par exemple, aux familles moyennes, aux familles raisonnablement nombreuses, dont parle M. Leclerc. J'oublie au juste ce qu'il a dit, mais il voulait dire, je pense, qu'à ses yeux une famille de deux ou trois personnes n'est pas une famille, ce n'est qu'un embryon de famille. Quoi qu'il en soit, prenez le cas des grosses familles. Dans un grand nombre de cas, même les frais d'accouchement dépasseraient le montant représenté par ce prélèvement de \$12.

M. HOWDEN: Pas nécessairement.

M. MAYBANK: Non, pas nécessairement. D'abord, il n'est pas nécessaire de les payer, car M. Howden se dit peut-être que le compte est dû et n'est pas payé; ensuite, je suppose qu'il y a, comme de coutume, des cas où le médecin n'est même pas appelé; une amie tient le rôle de sage-femme. Et pourtant je pense que dans le plus grand nombre de cas il faudrait payer un compte de maternité plus grand encore, pour ces familles nombreuses. Autre chose encore rend nécessaire l'adoption d'une base imposant une contribution à tout le monde; voici: c'est comme toujours lorsque les gens ont à donner leur contribution. Les bénéficiaires ne cesseront jamais de réclamer davantage, et les autres paieront leur part comme à une œuvre de charité. Certains traiteront les bénéficiaires de secourus publics; quand les finances de l'Etat iront mal, c'est là que le gouvernement fera les premières tailles. Il n'y aura pas de public informé pour faire le guet. Nous en viendrons à l'état de choses qui s'est vu en

Angleterre au temps de la "dole". On y avait commencé par l'assurance-chômage, puis la caisse d'assurance fit banqueroute. Le trésor intervint, et bientôt les gens qui payaient depuis longtemps leur prime d'assurance-chômage, se plaindrent qu'on les considérait partout comme des secourus publics. C'est exactement ce qui se produira ici, si nous ne faisons pas contribuer tout le monde. L'opinion ne sera pas aussi en éveil qu'il le faudrait. De partout l'on essaiera de leur enlever cela. Bientôt ce sera considéré comme une sorte de charité de paternalisme, ce qui ne sera bon pour personne d'entre nous. Ce ne sera pas bon pour les bénéficiaires, ni pour personne d'autre. Je voterais en faveur d'une contribution, vu l'importance de la dignité humaine dans notre pays neuf.

M. WATSON: Monsieur le président, j'ai essayé à la dernière séance de mettre certains points au clair, mais sans grand succès, je le crains. J'ai préparé un texte que je vais suivre de près dans l'espoir de rendre clair ce que je n'ai pu élucider la dernière fois. J'espère qu'en nous en tenant aux questions primordiales, nous verrons mieux la méthode à suivre dans nos discussions ultérieures sur le sujet.

L'objectif premier de l'assurance-santé paraît être d'aider les gens à payer les frais irréguliers, fortuits et trop souvent écrasants des services de santé, au moyen d'une contribution annuelle, à peu près régulière, à une caisse d'assurance-santé. Comme la plupart des contributions ou primes d'assurance, celles-là pourront varier un peu d'une année à l'autre.

Les services de santé sont des besoins personnels, durant la vie, et tout aussi personnels que les besoins d'aliments, de vêtements, de logement, d'éclairage, de chauffage, etc. Si nos besoins de services de santé étaient, comme ces autres besoins, à peu près égaux tous les ans, il ne serait évidemment pas question d'assurance-santé. Nous serions habitués à payer les frais qu'ils nécessitent, au fur et à mesure qu'ils se présenteraient, comme dans le cas des autres besoins contants, et à même notre revenu régulier. Les impôts, et c'est juste, frappent ce qui reste des revenus après qu'il a été répondu aux besoins personnels.

Quand nous aurons l'assurance-santé, ce sera la même chose pour ce qui est de nos finances personnelles, comme si nos besoins de services médicaux étaient réellement égaux tous les ans. Ceci indique clairement que nous devons payer nos contributions d'assurance-santé à même nos revenus, si cela nous est possible. Dans les cas où ce serait trop onéreux, pour des raisons d'ordre social, il conviendrait d'être exempté de tout ou partie des contributions, selon les circonstances. Beaucoup de polices d'assurance-vie prévoient l'exemption du paiement de la prime dans les cas où l'assurée ne peut gagner, étant malade. Ces assurances sont d'autant plus des assurances que, non seulement elles procurent une somme d'argent au décès, mais elles exemptent du paiement de la prime dans les cas de maladie empêchant de gagner. Il en est de même dans l'assurance-santé, mais ici l'exemption de paiement de contributions sera accordée pour n'importe quel empêchement de travailler, et sera accordée partiellement lorsque les revenus d'une année de l'assuré seront insuffisants. Ce système d'exemptions, qui est plus complexe, serait trop difficile d'application dans l'assurance-vie, mais il est possible de l'appliquer dans l'assurance-santé étatisée. Il convient que les contributions non payées pour cause d'exemption soient versées à l'assurance-santé à même les recettes des impôts généraux, comme dans le cas de l'assistance publique, où les impôts paient les aliments, vêtements et autres secours donnés aux pauvres.

Il est conforme aux principes de l'assurance de faire en sorte que les jeunes gens, à la sortie de l'école ou de l'université et au moment de commencer à travailler, puissent payer une contribution assez forte pour les protéger contre tous les riches inconnus des services de santé, eux et les enfants à leur charge, c'est-à-dire une contribution d'ensemble pour eux et pour les enfants qui pourront

plus tard être à leur charge. Ainsi, la contribution par tête des adultes pourra être calculée en divisant le coût total de l'assurance-santé par le chiffre de la population adulte.

Economiquement parlant, ce n'est évidemment pas frapper d'impôts le citoyen individuel que de lui faire payer en entier sa contribution à l'assurance-santé, s'il en est capable; la contribution ne devient pas non plus un impôt, si dans certains cas, dans certaines circonstances, on exempte de tout ou partie de la contribution, pour des motifs d'ordre social. Le plan ne cesse pas d'être de l'assurance à cause de ces exemptions; au contraire, il l'est davantage à cause d'elles, car l'assuré pourra recevoir ses services de santé, lui et les enfants à sa charge, et n'aura rien à craindre s'il ne peut gagner suffisamment pour payer la totalité de ses contributions. Le fait que la contribution ne sera peut-être pas toujours perçue par un même service public n'en fait pas un impôt, puisqu'elle ne serait pas un impôt si un seul et même service la percevait. La perception sera unique ou multiple selon qu'il sera le plus commode.

En général, les gens sont prêts à payer pour se procurer leurs aliments, leurs vêtements, leurs logements, l'éclairage, le chauffage, etc., ainsi qu'à payer des impôts pour les procurer aux pauvres. Il ne semble pas y avoir de raison pour que les personnes capables, telle année, de payer toute leur contribution d'assurance-santé, ne le fassent pas volontiers et ne paient pas, en plus, des impôts compensateurs pour l'absence des paiements des autres. Ceux qui paient en entier telle année ne pourront peut-être pas le faire, eux-mêmes, à quelque moment de l'avenir.

Le fait de contribuer indique immédiatement les personnes qui ont droit aux prestations, élimine toutes les difficultés de résidence, etc., et pose une base pour le transfert des droits dans le cas d'un déménagement temporaire.

Pour ce qui est du chiffre de \$12, j'aimerais faire remarquer que les besoins personnels primaires de la population canadienne doivent compter pour une valeur d'environ \$5,000,000,000. Il faut y répondre à même nos revenus, avant de payer le moindre impôt. C'est dire combien sont insignifiantes, après tout, les ressources d'imposition du pays, par rapport aux besoins primaires personnels.

M. CÔTÉ: Je crois que nos délibérations seraient moins lentes si nous pouvions nous entendre pour adopter l'un des systèmes de perception que le Dr Heagerty a préparés avec tant de soin. Je préférerais pour ma part le second, qui est de maintenir le montant de la contribution, soit \$12, en abolissant la perception faite au moyen de l'impôt sur le revenu et en substituant à ce mode des versements supplémentaires à même le revenu national. Je ne pense pas que cela puisse faire grand' différence, de prendre \$12 comme taux de base au lieu de \$10—ce n'est que l'affaire de 4 cents de plus par semaine. Je préfère donc de beaucoup ce second système et je propose, si c'en est le moment, qu'il soit adopté.

Le PRÉSIDENT: Le ministre désire répondre maintenant à une question.

M. SLAGHT: Je voudrais un renseignement. Quelqu'un de nos amis les spécialistes nous a-t-il donné une estimation de ce qu'il en coûterait pour percevoir \$12 par personne auprès de 8,000,000 de personnes?

Le PRÉSIDENT: Non. Vous n'avez pas préparé cela, n'est-ce pas?

M. MARSHALL: Non.

Le PRÉSIDENT: Nous pouvons vous trouver cela, monsieur Slaght.

M. SLAGHT: Je crois que le coût en sera formidable.

L'hon. M. MACKENZIE: A l'avant-dernière séance, le Dr Gershaw a posé une question dont voici la réponse, donnée par le comité des finances:

En réponse à la question de M. Gershaw, posée le 9 mars 1944, à la séance du Comité spécial de la Chambre des communes, et que voici:

Quel serait le coût supplémentaire si le gouvernement s'occupait également des jeunes gens de vingt et un ans qui sont à l'école ou à l'université et ne gagnent pas un sou?

le comité des finances de l'assurance-santé désire faire savoir que le tableau ci-joint a été préparé par compilation spéciale des fiches de recensement de la population de 16 à 20 ans inclusivement et qu'il indique le nombre de ceux qui fréquentaient l'école, par âge exact et par sexe, en 1941, dans chaque province.

Le comité ne peut dire combien de ces étudiants ont un revenu extérieur, car il n'y a pas de chiffres là-dessus. Il est impossible de dire, par exemple, combien de ces étudiants accomplissent du travail durant leurs vacances. Le comité aimerait faire remarquer qu'en exemptant ce groupe on favoriserait les familles qui ont les moyens de garder leurs enfants à la maison ou de leur faire continuer leurs études scolaires ou universitaires, et non pas les familles moins à l'aise, qui doivent faire travailler leurs enfants. Le comité ne voudrait pas exercer de préférence défavorable aux familles obligées de faire travailler leurs enfants dès le jeune âge; il voudrait en outre faire remarquer que la plupart de ces familles ont actuellement des services médicaux d'une forme quelconque à payer. Par conséquent, d'après les données statistiques existantes, le comité des finances de l'assurance-santé peut seulement déclarer que si le Dominion assume la responsabilité de la contribution de \$12 de tous les étudiants de 16 à 21 ans inclusivement, le coût additionnel sera d'environ trois millions et demi de dollars.

POPULATION SCOLAIRE DE 16-20 ANS INCLUSIVEMENT, PAR ÂGE EXACT, PAR SEXE ET PAR PROVINCE, 1941

(Chiffres des provinces)

Province	Total	Pourcentage de l'ensemble de la population de 16-20 ans	Âges				
			16	17	18	19	20
CANADA.....	265,311	24.0	108,455	70,169	45,102	26,610	14,975
H.	126,336	22.6	51,682	31,999	20,989	13,324	8,342
F.	138,975	25.4	56,773	38,170	24,113	13,286	6,633
Ile du Prince-Édouard.....	1,845	20.3	817	478	300	167	83
H.	776	16.7	334	183	133	77	49
F.	1,069	24.1	483	295	167	90	34
Nouvelle-Écosse.....	13,377	23.9	5,667	3,549	2,156	1,296	709
H.	5,608	19.8	2,440	1,459	830	539	340
F.	7,769	28.2	3,227	2,090	1,326	757	369
Nouveau-Brunswick.....	10,552	22.0	4,366	2,806	1,786	1,055	539
H.	4,608	18.8	1,950	1,123	720	519	296
F.	5,944	25.4	2,416	1,683	1,066	536	243
Québec.....	56,111	16.3	24,507	14,792	8,762	4,924	3,126
H.	30,088	17.5	12,523	7,580	4,826	3,047	2,112
F.	26,023	15.1	11,984	7,212	3,936	1,877	1,014
Ontario.....	84,641	25.1	35,524	21,607	14,269	8,347	4,894
H.	39,839	23.3	16,753	9,467	6,597	4,251	2,771
F.	44,802	27.0	18,771	12,140	7,672	4,096	2,123
Manitoba.....	20,193	27.8	8,183	5,702	3,420	1,869	1,019
H.	9,448	25.9	3,901	2,602	1,503	906	536
F.	10,745	29.6	4,282	3,100	1,917	963	483
Saskatchewan.....	28,888	30.4	10,980	7,845	5,143	3,258	1,662
H.	13,004	26.8	5,106	3,537	2,189	1,393	779
F.	15,884	34.1	5,874	3,408	2,954	1,865	883
Alberta.....	26,406	34.1	9,526	6,899	5,091	3,235	1,655
H.	11,773	30.2	4,463	2,998	2,192	1,362	758
F.	14,633	38.1	5,063	3,901	2,899	1,873	897
Colombie-Britannique.....	23,250	34.6	8,865	6,479	4,162	2,457	1,287
H.	11,173	33.0	4,205	3,045	1,995	1,228	700
F.	12,077	36.2	4,660	3,434	2,167	1,229	587
Yukon.....	36	.....	12	11	10	2	1
H.	13	.....	3	5	2	2	1
F.	23	.....	9	6	8	.....	.....
Territoires du Nord-Ouest.....	12	.....	8	1	3	.....	.....
H.	6	.....	4	.....	2	.....	.....
F.	6	.....	4	1	1	.....	.....

M. HOWDEN: Pour l'intérêt de la discussion et pour que cette question aboutisse à quelque chose, je voudrais dire ceci. Une motion a déjà été présentée au président à l'effet de nous entendre sur un taux uniforme de \$12 et sur les dispositions du projet de loi telles que nous les avons sous les yeux. Pour qu'il y ait discussion et qu'il s'ensuive un vote, ce qui mettra fin à cette question, je propose que le taux uniforme soit de \$10 par personne.

Le PRÉSIDENT: Pardon, mais la proposition de M. Côté n'a été appuyée par personne.

M. HOWDEN: Ce n'est pas nécessaire.

M. CÔTÉ: Ma proposition était en faveur du deuxième système de perception, mais retenait les \$12.

Le PRÉSIDENT: C'est-à-dire (b), page 2

M. CÔTÉ: Oui.

L'hon. M. BRUCE: J'appuie volontiers la proposition de M. Côté.

Le PRÉSIDENT: Ce n'est pas nécessaire.

L'hon. M. MACKENZIE: C'est très bien, c'est une amabilité.

M. HOWDEN: Quel est l'autre système?

Le PRÉSIDENT: \$12.

L'hon. M. MACKENZIE: Puis-je poser une question sur la proposition appuyée par M. Bruce?

Le PRÉSIDENT: Oui.

L'hon. M. MACKENZIE: A ce que je comprends, M. Côté est en faveur de l'alinéa (b) de la page 2 de l'ordre du jour.

M. BRYCE: Je regrette, je ne l'ai pas vu.

M. WOOD: Pour revenir à cette proposition, j'aimerais attirer l'attention du Comité...

Le PRÉSIDENT: Attendez qu'il ait été répondu à cette question, s'il vous plaît.

M. WOOD: Pardon.

L'hon. M. MACKENZIE: La proposition, si je comprends bien, est à l'effet d'imposer un taux uniforme de \$12, plus tout le reste qui sera transféré au revenu national.

M. CÔTÉ: Oui.

L'hon. M. MACKENZIE: Voici ma question: Quelle serait la différence, en termes généraux, entre l'évaluation pour fins d'imposition sur le revenu, entre les \$100,000,000 que donne la recommandation du comité des finances et les \$150,000,000 que signifierait la proposition de M. Côté? Vous me comprenez?

M. BRYCE: Quelle différence cela ferait dans les taux d'imposition sur le revenu après la guerre?

L'hon. M. MACKENZIE: Les taux actuels ou ceux d'après-guerre. Il y aura naturellement des réductions de certains côtés et des augmentations ailleurs. Est-il possible de les calculer?

M. BRYCE: Nous ne pourrions prédire où seront ces \$50,000,000 de plus. S'ils doivent venir de l'impôt sur le revenu, de l'impôt actuel sur le revenu,—pour l'année courante, l'estimation monte à \$930,000,000, en comprenant la portion remboursable de l'impôt—une addition de \$50,000,000 aux \$100,000,000 déjà envisagés constituerait certes une augmentation de plus de 10 p. 100 de l'impôt actuel sur le revenu. Mais nous ne pouvons pas, évidemment, nous attendre à ce que les recettes de l'impôt sur le revenu soient après la guerre ce qu'elles sont maintenant. Si tout est perçu par l'impôt sur le revenu, il y aura donc une augmentation de beaucoup plus que 10 ou 15 p. 100.

L'hon. M. MACKENZIE: Cette recommandation demande-t-elle de percevoir les \$100,000,000 par l'impôt sur le revenu seulement? Ou de quelle autre source?

M. BRYCE: Notre recommandation ne spécifie aucune source.

L'hon. M. MACKENZIE: Je veux savoir quelle charge supplémentaire sera imposée au gouvernement, de n'importe quel côté de son administration, du fait de la différence entre ces \$150,000,000 et \$100,000,000?

M. BRYCE: Il faudrait trouver \$50,000,000 de plus dans les finances générales du pays. Voici, il me semble, ce qui est important: le Dominion remplirait-il plus facilement ses obligations s'il était réservé une partie des recettes de l'impôt sur le revenu pour l'assurance-santé? Il est difficile de juger si le public paiera plus volontiers le même montant s'il sait qu'une partie de l'impôt sur le revenu sert à l'assurance-santé, ou s'il sait qu'une portion déterminée de cet impôt y servira.

M. McCANN: Cela ne dore pas du tout la pilule.

M. BRYCE: Non. C'est une question, je trouve, qui doit être considérée à la lumière de la position d'ensemble des finances fédérales. On ne peut séparer entièrement des affaires aussi importantes des autres problèmes budgétaires du pays. Si cette somme n'est pas perçue en tant que contribution d'assurance-santé, il faut la trouver dans les caisses de l'Etat. Si le Comité de la sécurité sociale ne trouve pas cela, le comité des voies et moyens doit le trouver, lui.

M. JOHNSTON: D'après ce que dit M. Bryce, dois-je comprendre que la partie de l'impôt réservée à l'assurance-santé serait indiquée sur notre feuille d'impôt? Elle pourra être indiquée dans les prévisions générales du budget annuel, mais je suis sûr qu'il ne veut pas dire qu'il faudrait allonger la feuille d'impôt d'une augmentation de 5, 6 ou 7 p. 100 destinée aux services de santé. Ce serait s'attirer des bosses. Je trouve qu'il vaut mieux laisser cela dans le revenu général.

Mme CASSELMAN: Le revenu général n'inclurait-il pas aussi, en plus de l'impôt sur le revenu, comme l'a dit M. Wood, les impôts d'autres directions?

M. CÔTÉ: D'autres sources?

Mme CASSELMAN: Oui, d'autres sources; c'est-à-dire l'accise ou, comme il l'a dit, le tabac ou n'importe quoi, les droits à l'importation, etc.; les voies régulières. Une autre suggestion m'a été faite en particulier. Je ne sais pas s'il y a avantage à la donner au Comité. C'est qu'une partie de l'argent pourrait être trouvée au moyen d'une loterie.

L'hon. M. MACKENZIE: Je ne sais pas d'où cela vient.

Le PRÉSIDENT: Allons, un peu d'ordre. La proposition de M. Côté sera discutée la prochaine fois.

M. SLAGHT: M. Bryce nous dirait-il pourquoi le comité des finances désirait prélever cette somme sur les \$2,750,000 du revenu général, car c'est là ce que nous prévoyons au budget de cette année. Pourquoi choisir les \$990,000,000 de l'impôt sur les revenus personnels, payé sur des revenus aussi faibles que ceux de \$660 par année, au lieu de prendre l'argent à même le revenu général? Ces messieurs des finances doivent avoir une raison pour ce faire.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Bryce, pouvez-vous répondre à M. Slaght?

M. BRYCE: Pour être très bref, la raison qui nous fait choisir l'impôt sur le revenu est de proportionner la contribution aux moyens de chacun. Nous ne pourrions pas le faire en nous servant d'un autre impôt, à moins de supposer que les dépenses de chacun en tabac ou en boissons indiquent sa capacité de payer plus précisément que ne le fait l'impôt sur le revenu. Pour ce qui est de prélever l'argent sur les deux milliards et trois quarts de dollars qui constituent le revenu national, je pense qu'il serait un peu trop optimiste de s'attendre à un revenu aussi fort après la guerre. Il ne s'agit pas de savoir si ce revenu nous suffit, mais de savoir ce qu'il sera après la guerre.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Bryce.

M. WRIGHT: M. Bryce dit qu'ils ont choisi l'impôt sur le revenu parce qu'il indique les moyens de chacun. Je n'arrive pas à le suivre, car il s'est arrêté à \$2,200 et \$1,660 pour ce qui est des revenus personnels. Toutes les propositions présentées au Comité apparaissent au programme. Je me sens porté à approuver la proposition du membre du Comité qui a demandé, il y a quelques instants, que nous acceptions (b) et qu'au delà de \$12 l'argent vienne du revenu général. J'irais même plus loin. Je trouve que nous devrions en prendre une plus forte partie encore dans le revenu général. Je crois qu'il faut une contribution personnelle pour faire sentir aux gens leur responsabilité. Mais \$12, c'est trop, si l'on considère la situation économique de certaines provinces ou partie du pays. Je suis convaincu que ce paiement de \$12 sera très consi-

dérable pour les familles de certains endroits, en particulier celles de l'Ouest, lorsque la moisson sera manquée.

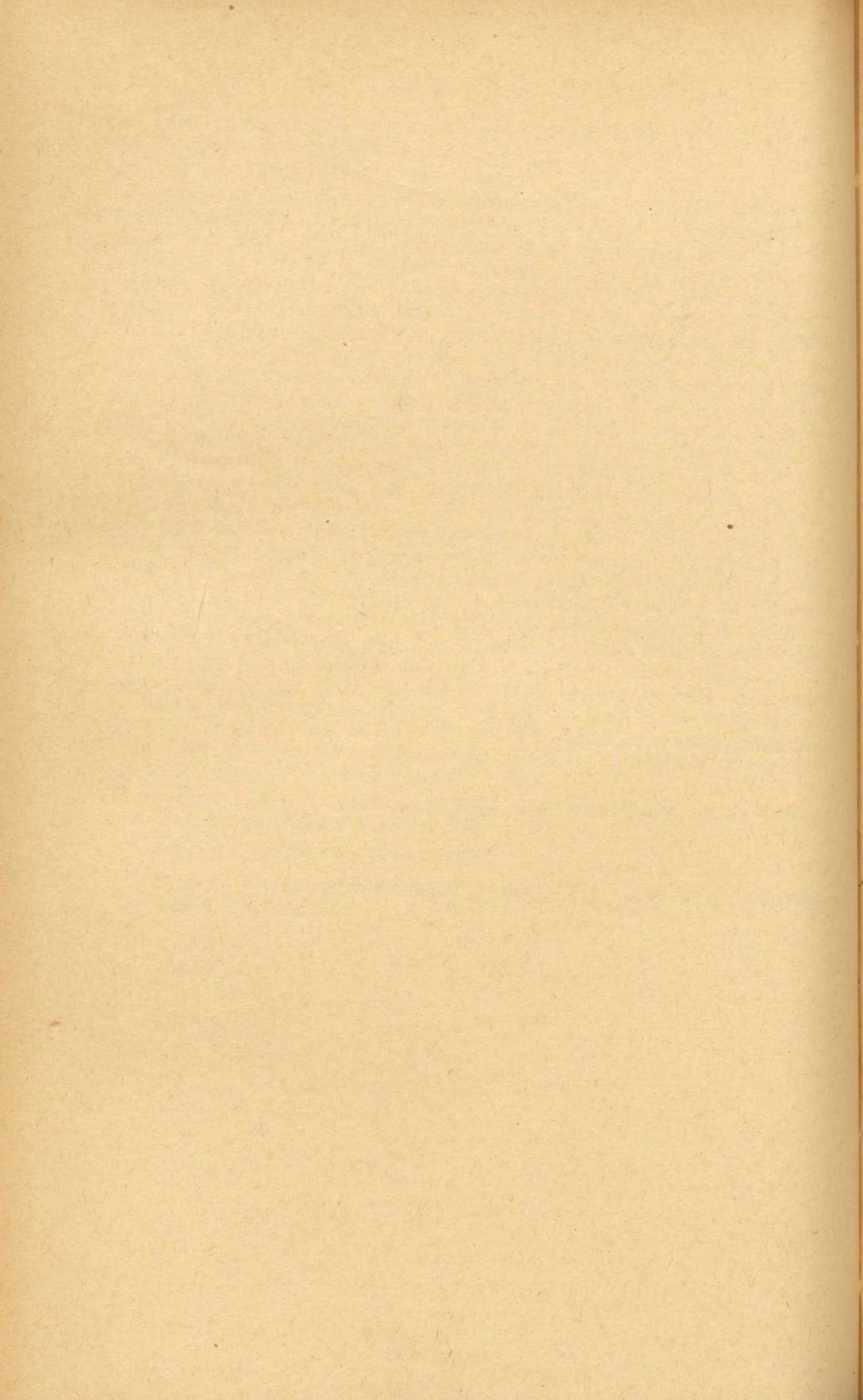
M. LECLERC: Dans l'Ouest et dans l'Est.

M. WRIGHT: Dans l'Est aussi. Je connais plusieurs régions du Québec où la contribution de \$12 ne paraîtra pas petite, loin de là. Je suggérerais au Comité un autre plan; ce serait de prendre 50 p. 100 du coût total dans le revenu général du pays, 25 p. 100 dans celui des provinces, et que le reste soit payé par les personnes à titre de droit d'inscription. Cela représenterait, je crois, \$6 pour une personne et ses enfants de plus de 16 ans, plus la contribution de 25 p. 100 des revenus généraux des provinces, car l'administration sera confiée aux provinces, et la contribution de 50 p. 100 du revenu général du pays. Je pense qu'il est plus juste de prendre l'argent dans le revenu général que dans les revenus personnels, car le revenu général représente la capacité de l'Etat de payer pour les services que nous attendons de nos gouvernements. Si notre système d'imposition est équitable, et tel je le crois, cela représente la capacité totale du Dominion de fournir certains services à sa population. Comme l'a dit M. Wood, il y a autre chose. Il a parlé de l'industrie des boissons, et des \$350,000,000 qui s'y dépensent au Canada. Eh bien! la moitié environ de cette somme tombe dans le revenu général sous forme de taxes. Il me semble donc que le bon endroit où prendre l'argent est le revenu général. Je pense qu'avec 25 p. 100 à payer comme droit d'inscription, 25 p. 100 tirés du revenu général des provinces, et 50 p. 100 fournis par le Dominion, vous aurez un système commode. Il ne sera pas nécessaire d'établir un nouveau système de taxation pour les services médicaux du pays. Le discours du Trône laisse entendre que nous aurons peut-être un système obligatoire d'assistance aux vieillards, ce qui nécessitera peut-être un autre système de taxation. Nous allons avoir une demi-douzaine de systèmes de taxation, à la fin; les gens se décourageront et chercheront à se débarrasser de tous les services sociaux que nous aurons au pays. Je trouve donc que la manière la plus équitable de financer ce plan est de compter surtout sur le revenu général du pays.

Le PRÉSIDENT: La proposition de M. Côté et les amendements qu'on voudra y apporter seront discutés la prochaine fois.

M. MACINNIS: Je propose l'ajournement.

A 1 h. 10 de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau sur convocation du président.



SESSION DE 1944

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 5

SÉANCE DU JEUDI 30 MARS 1944

TÉMOINS:

- Le docteur J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale Ottawa;
- M. E. Stangroom, directeur en chef de l'assurance, Commission d'assurance-chômage;
- M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;
- M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI

1944

PROCÈS-VERBAL

Le JEUDI 30 mars 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin, sous la présidence de l'honorable MacMillan.

Présents: MM. Adamson, Bourget, Breithaupt, Bruce, Claxton, Cleaver, Côté, Donnelly, Fulford, Hatfield, Howden, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lalonde, Leclerc, Lockhart, MacInnis, MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, McIvor, Maybank, Veniot, Warren, Wood et Wright—27.

Sont aussi présents:

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. A. D. Watson, actuaire en chef, département des assurances;

M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. R. B. Bryce, enquêteur, ministère des Finances;

M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'impôt sur le revenu;

M. E. Stangroom, directeur en chef de l'assurance, Commission d'assurance-chômage;

M. J. E. Howes, du personnel des recherches, Banque du Canada.

M. Wright soumet un mémoire au nom du Conseil fédéral des Vétérinaires, lequel, sur motion de M. Breithaupt, sera publié dans le compte rendu des témoignages. (*Voir appendice "A"*.)

M. Howden lit un résumé décrivant le coût de l'assurance-santé en Grande-Bretagne.

Le Dr Heagerty, MM. Stangroom, Bryce et Dunn sont appelés et interrogés.

M. Côté, du consentement du Comité, retire la motion qu'il proposait le 22 mars et dont l'étude avait été différée jusqu'à la présente séance. Ladite motion se lisait comme suit: "Que soit plutôt adopté le second projet de perception des contributions, lequel projet maintient le montant des contributions à \$12, mais abolit le recouvrement au moyen de l'impôt sur le revenu et substitue à ce mode des versements supplémentaires à même le revenu national."

L'hon. M. Bruce propose: "Que le Comité adopte le principe d'un projet d'assurance-santé, en partie contributoire." Motion adoptée sur division.

M. Côté propose: "Que soit suggéré aux provinces un taux annuel de contribution uniforme de \$12 par adulte, laissant aux provinces discrétion de modifier ce taux de base, sans changer toutefois le montant total dont les provinces seraient responsables d'après leur chiffre de population."

La motion est suivie d'un débat.

Sur proposition de M. Donnelly, le Comité s'ajourne à 1 h. 10 de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

le 30 mars 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à onze heures du matin, sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Wright, on m'informe que vous avez un mémoire à présenter.

M. WRIGHT: Le Comité veut-il que j'en donne lecture?

Le PRÉSIDENT: Cela ne me paraît pas nécessaire, à moins que le Comité ne le désire expressément. Peut-être pourriez-vous nous en indiquer la source.

M. WRIGHT: C'est un mémoire qu'a préparé le Conseil fédéral des médecins vétérinaires, en vue de le présenter à ce Comité. Il fait observer, entre autres choses, l'intime corrélation des maladies de l'homme avec celles des animaux. Il rappelle ensuite que, tout comme il existe des risques professionnels dans l'industrie, il en existe également dans l'élevage agricole et que, en établissant au Canada un régime d'hygiène nationale, il conviendrait de tenir compte de cette particularité. Le mémoire signale à un endroit ce qui suit:

Quiconque est au courant des conditions l'hygiène qui intéressent de façon directe le cultivateur ou l'habitant des campagnes, et auxquelles est largement imputable le piètre état de santé de ces gens, est déçu de constater que personne n'ait recommandé l'établissement d'un service d'hygiène dont puissent bénéficier cette classe de la société. Bien que, en effet, le plus important côté de l'hygiène publique pour les habitants des campagnes soit la lutte contre les maladies communes à l'homme et aux animaux inférieurs, il n'en a même pas été fait mention.

Il est intéressant de relever que, sur un total de dix affections qui doivent faire l'objet d'une étude complémentaire, six sont des maladies communes à l'homme et aux animaux, domestiques ou sauvages, et, cela va sans de soi, atteignent les gens de la campagne plutôt que les citadins.

Le vœu du Conseil se retrouve au dernier alinéa où il est dit ce qui suit:

En résumé, nous faisons respectueusement observer que tout projet d'unités sanitaires est forcément incomplet s'il ne tient pas compte des maladies animales communicables à l'homme et s'il ne pourvoit pas aux moyens de les combattre.

Nous recommandons que soit reconnue la médecine vétérinaire, et que le paragraphe 4 soit modifié de façon qu'il se lise comme suit: "Sauf prescriptions contraires, les dispositions du paragraphe précédent ne s'appliqueront qu'aux dentistes, aux pharmaciens et aux vétérinaires".

Les membres du Comité feraient bien de lire ce mémoire, car il renferme, à mon sens, nombre d'excellentes idées.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Wright, pourriez-vous éclairer le comité sur la nature de l'institut de recherches qui a communiqué ce document? Si vous n'êtes pas au courant, c'est sans importance.

M. WRIGHT: Non. Je ne pourrais guère le faire à moins de lire tout le texte. Le mémoire mentionne six maladies qui constituent un péril et contre lesquelles il convient de lutter.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Wright. Le Comité désire-t-il que le mémoire soit versé au compte rendu?

Des VOIX: Oui.

M. CÔTÉ: Dois-je conclure que ce groupe n'a pas comparu l'an dernier devant le comité?

Le PRÉSIDENT: Non.

M. CÔTÉ: Alors c'est la première fois que les intéressés font des représentations?

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. HOWDEN: Je crains qu'on ne tienne guère compte du mémoire, à moins que nous ne le parcourions ici en comité et que nous ne le lisions d'un bout à l'autre.

Le PRÉSIDENT: Pour ma part, je demanderais qu'il soit versé au compte rendu et que nous le discutions après lecture.

M. HOWDEN: Eh! bien, peut-être.

M. WRIGHT: On devrait pouvoir le lire en un quart d'heure.

M. CÔTÉ: Nous en disposerions plus vite en le versant au compte rendu et en y revenant plus tard.

M. LALONDE: Il ne nous y serait pas facile d'en discuter les termes à moins de nous adjoindre un vétérinaire.

Le PRÉSIDENT: Si nous le versons au compte rendu, nous pourrions plus tard réserver quelque temps à sa discussion.

M. BREITHAUP: Je propose que nous agissions en ce sens.

Le PRÉSIDENT: Il est proposé que le mémoire soit inséré au compte rendu pour examen ultérieur.

M. HOWDEN: J'ai ici des données qui pourraient intéresser le comité.

Le PRÉSIDENT: Un instant, s'il vous plaît. La motion est-elle adoptée?

Des VOIX: Oui.

La motion est adoptée.

(Voir l'Appendice A.)

Le PRÉSIDENT: Vous disiez donc, M. Howden?

M. HOWDEN: Il s'agit de données relatives au nouveau régime d'assurance-santé (Angleterre, Pays de Galles et Écosse).

NOUVEAU RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ EN GRANDE-BRETAGNE (ANGLETERRE, PAYS DE GALLES ET ÉCOSSE)

£= \$4.45

	Millions	Millions	Population: 46,466,700	
			Par tête	Par tête
Coût annuel de l'assurance-santé...	£147.8	\$657.7	\$14.15	£3.3.7
Total des subventions de l'Etat...	£ 94.4	\$420.1	\$ 9.04	£2.0.7
Contributions des autorités locales.	£ 53.4	\$237.6	\$ 5.11	£1.3.0
Total.....	£147.8	\$657.7	\$14.15	£3.3.7

L'hon. M. BRUCE: Quelle proportion centésimale représente la part versée par les autorités locales? Avez-vous fait ce calcul?

M. HOWDEN: Le tableau n'indique pas les proportions centésimales. Vous y trouverez aussi, si la chose vous intéresse, une ventilation des subventions de l'Etat.

	Millions	Millions	Par tête	Par tête
Subventions directes pour frais médicaux et médicaments....	£33.4	148.6	\$3.20	£14/6
Hôpitaux généraux (municipaux, volontaires, maladies mentales et infectieuses).....	43.4	193.1	4.16	18/10
Soins des malades à domicile et soins dentaires (coût global £18)	9.0	40.1	0.86	3/10

L'hon. M. BRUCE: Avez-vous dit 0.86?

M. HOWDEN: Oui, pour les soins des gardes-malades. C'est-à-dire par personne. On donne à la perfection tous les soins médicaux, infirmiers et dentaires; et on assure effectivement, à même cette caisse, une pension aux médecins qui ont exercé pendant un certain nombre d'années. L'administration semble très satisfaite dans l'ensemble.

M. DONNELLY: Sur quels services peut-on compter? Que reçoit-on pour son argent?

M. HOWDEN: Tous les services possibles. Tout ce qui se donne ici, soins médicaux et dentaires, enfin tout.

M. DONNELLY: Y compris les opérations?

M. HOWDEN: Les opérations aussi, il me semble.

Le Dr HEAGERTY: Tout. Le plan britannique comprend tout ce que nous projetons et que nous avons inclus dans nos propositions. C'est un plan de très ample portée et, ainsi que l'a signalé le Dr Howden, le Trésor doit acquitter la plus grande partie du coût. Je ne me rappelle pas les chiffres exacts, mais il a fait observer, je crois, que le Trésor paierait environ \$9 et quelques cents par personne, alors que le particulier verserait un peu plus de \$5. Ces cinq dollars et quelques cents s'appliquent aussi aux enfants, n'est-ce pas Dr Howden?

M. HOWDEN: Oui.

Le Dr HEAGERTY: Par conséquent, les adultes devront payer un tiers de plus. Il y a environ 16 millions d'enfants en Grande-Bretagne, de sorte que la somme de \$5.11 serait portée à un peu plus de \$7. Voilà pour la cotisation.

M. HOWDEN: Oui, \$5.11.

Le Dr HEAGERTY: Tel serait le tarif de la cotisation que le particulier devrait verser au bureau local.

M. DONNELLY: Comment expliquez-vous que l'on ne demande là-bas qu'un peu plus de \$14 pour tous les services médicaux, alors que nous demandons chez nous \$21?

Le Dr HEAGERTY: Il existe un écart entre le coût de la vie des deux pays et probablement aussi entre les méthodes de dispenser les services médicaux.

M. DONNELLY: La différence est énorme.

Le Dr HEAGERTY: Nous avons préféré nous inspirer de données statistiques plus révélatrices du coût de la vie au Canada,—telles les statistiques américaines et canadiennes,—au lieu de nous en remettre aux chiffres qui nous viennent d'Angleterre ou d'Europe. Nous estimons que le coût des soins médicaux est moindre en Angleterre qu'au Canada. J'ajoute que leur plan est presque identique au nôtre. Là-bas, on laisse le médecin libre d'exercer sa profession indépendamment, de s'affilier à un groupe ou de s'attacher à un centre d'hygiène; il peut aussi opter pour une rétribution de tant par personne, des honoraires ou un traitement fixe. On traite gratuitement les maladies mentales et la tuberculose, et l'on donne aussi gratuitement tous les soins et traitements prophylactiques, y compris les soins dentaires au coût estimatif, et je pense que les chiffres fournis sont tout à fait exacts.

M. HATFIELD: Si l'on compare le Canada à la Grande-Bretagne, j'imagine que les considérations d'ordre géographique doivent entrer en ligne de compte. N'y a-t-il pas là un élément pertinent?

Le Dr HEAGERTY: C'est possible, mais nos chiffres se fondent sur le coût actuel par personne?

M. DONNELLY: La différence est fort appréciable. Là où ils demandent \$14, nous en demandons \$21.

L'hon. M. BRUCE: Avec la permission du comité, je préciserai, à l'intention du Dr Heagerty, que la cotisation de \$5.11 versée en Angleterre par ce qu'on appelle les autorités locales provient en réalité du gousset des particuliers.

Le Dr HEAGERTY: C'est juste.

L'hon. M. BRUCE: Il s'agit donc d'une assurance contributoire. C'est ce que je tiens à signaler. Même si c'est par voie d'impôt, l'individu contribue aussi bien que l'Etat.

Le PRÉSIDENT: Est-ce que le particulier verse sa cotisation au trésor municipal, qui à son tour, la transmet à quelque autorité centrale? Je ne saisis pas très bien le mode de paiement. Vous dites que c'est l'individu qui effectue le paiement, alors que le Dr Howden dit que ce sont les autorités municipales.

L'hon. M. BRUCE: Ce sont les autorités locales, mais j'ai cru entendre le Dr Heagerty déclarer qu'il s'agit d'une cotisation. C'est donc une assurance contributoire.

Le Dr HEAGERTY: Une assurance contributoire en effet, fondée sur les montants versés par les conseils de comté et les conseils municipaux selon un tarif préétabli. C'est à peu près la méthode que nous songeons à adopter ici. Nous proposons un taux de \$12. Là-bas, le taux est de \$5.11 et le Trésor acquitte la différence.

L'hon. M. BRUCE: C'est le point que je veux élucider.

M. CLEAVER: Depuis quand la loi britannique est-elle en vigueur?

Le Dr HEAGERTY: Elle n'est pas encore en vigueur. En réalité, on est à en discuter les modalités. Les Anglais ont suivi la même façon de procéder que nous. Ils ont d'abord consulté les membres des professions en cause: médecins, dentistes, gardes-malades et autres. Je crois savoir que la Chambre des communes est maintenant saisie de la question.

M. MACINNIS: Les chiffres cités sont tirés du Livre blanc?

Le Dr HEAGERTY: J'ai l'impression qu'ils figurent au Livre blanc.

M. VÉNIOT: Quand on compare le coût des services médicaux au Canada avec le coût de ces services en Angleterre, il importe de ne pas oublier que chez nous, les distances constituent un élément important des honoraires demandés par nos médecins.

Le PRÉSIDENT: C'est ce qu'a sans doute voulu dire M. Hatfield lorsqu'il a mentionné l'étendue des territoires à desservir.

M. VÉNIOT: En effet. Il nous faut compter le millage dans un grand nombre de cas. J'ose dire qu'en établissant sa note, le médecin de campagne doit exiger au moins le tiers de ses honoraires pour le parcours.

Le Dr HEAGERTY: J'ajoute, avec votre permission, qu'on a l'intention d'établir en Angleterre autant de centres d'hygiène que possible et qu'on se propose de rétribuer les médecins de ces centres à raison de tant par personne. Il va de soi qu'il en résultera une différence fort appréciable dans le coût. On se rappelle peut-être qu'à la dernière séance, j'ai cité certains chiffres relatifs au coût des Services médicaux associés. La moyenne annuelle perçue par les médecins pour leurs services a été de \$12 par assuré. Nous avons estimé à \$9.50 par personne le coût en honoraires, somme inférieure aux honoraires usuels. Or, dans certaines régions d'Angleterre, le coût à raison de tant par personne ou d'un traitement fixe sera inférieur à \$9.50. D'où on peut conclure que les distances et certains autres éléments comptent pour beaucoup.

Le PRÉSIDENT: A-t-on d'autres questions à poser sur le système britannique? Sinon, M. Stangroom pourra répondre à certaines questions qu'on a déjà posées.

M. STANGROOM: Monsieur le président, afin d'élucider diverses questions soulevées pendant les séances du Comité de la sécurité sociale, et en vue d'expli-

quer davantage certains vœux portant sur l'aspect pécuniaire de la question, je vous demande la permission de formuler certaines observations.

L'avant-projet de loi sur l'assurance-santé et les documents qui nous ont été soumis estiment à environ \$26 le montant de la cotisation annuelle de chaque adulte. Le bill prévoyait l'établissement d'un rouage administratif coûteux chargé de déterminer le revenu de particuliers demandant une réduction de leur cotisation, rabais qui retomberait en grande mesure sur les provinces.

Se fondant sur le chiffre de \$21.60 *par tête*, on estime qu'actuellement *chaque adulte* verse en moyenne à peu près \$35 par année en soins médicaux pour lui-même et ses enfants. Cette moyenne comprend ceux qui ne paient rien ou qui n'acquittent qu'une faible partie des honoraires du médecin, mais elle ne tient pas compte des indigents.

Il faut se rappeler qu'au recensement de 1941, plus de 60 p. 100 des salariés ont déclaré qu'ils gagnaient moins de \$950 par année.

La moyenne de \$35 par adulte dépensée en ce moment dépasse la cotisation de \$26 proposée à l'origine pour l'assurance-santé, mais on estimait que les provinces auraient dû assumer presque 68 millions de dollars à titre de rabais de cotisation.

Voici le détail par province:

Ile du Prince-Edouard	\$ 672,000
Nouvelle-Ecosse	4,085,000
Nouveau-Brunswick	3,096,000
Québec	20,330,000
Ontario	20,049,000
Manitoba	4,339,000
Saskatchewan	6,612,000
Alberta	4,747,000
Colombie-Britannique	3,864,000
	<hr/>
	\$67,794,000
	<hr/>

Une proportion injuste de ces rabais retomberait sur la province qui est précisément le moins en état de les assumer. Pour financer rationnellement le projet d'assurance-santé et le mettre en vigueur par tout le pays, le gouvernement fédéral doit, c'est inévitable, verser une contribution plus élevée. Sans cela, la cotisation constitue pour un bon nombre de petits salariés un fardeau trop lourd, ou encore les budgets provinciaux doivent en assumer, au moyen de rabais, une si grande partie que le projet n'est pas pratique sous le rapport financier.

La recommandation visant à exiger seulement une cotisation annuelle de \$12 par adulte, plus un supplément gradué versé par ceux qui paient l'impôt sur le revenu, porterait la subvention fédérale de 40 à environ 100 millions de dollars par année; les provinces assumeraient l'administration peu coûteuse et les rabais accordés sur la cotisation de \$12.

On a calculé qu'en 1942, à peu près 677,000 célibataires et 1,323,000 personnes mariées acquittaient l'impôt sur le revenu. Quelque six millions d'adultes, donc, ne devraient verser qu'une cotisation annuelle de \$12. Il est peut-être bon de mentionner ici la Division de l'impôt sur le revenu ne possède en ce moment aucune analyse indiquant le nombre de contribuables par province.

En réponse à certaines questions soulevées au cours de séances antérieures, Le plan recommandé maintenant est contributif dans une large mesure, mais non entièrement. Conformément à de solides principes d'assurance-santé, on verse dans un fonds spécial, afin de répartir le coût moyen sur tous les cotisés, une partie de l'argent que les particuliers dépensent aujourd'hui pour obtenir

des soins médicaux personnels; cette mesure permet d'éviter des frais soudains et peut-être écrasants. Le coût moyen est non seulement réparti, mais diminué. A l'heure actuelle, les Canadiens dépensent environ 242 millions de dollars par année pour se procurer les soins médicaux personnels. D'après le projet recommandé, les deux cinquièmes de ce montant seront acquittés à même les taxes fédérales, ce qui revient à assumer la majeure partie du coût pour ceux qui n'ont pas les moyens de verser eux-mêmes la contribution entière, et on laissera aux provinces le soin d'acquitter à même leur budget général seulement les rabais qu'il faudra accorder sur la faible cotisation annuelle de \$12.

Tenant compte des problèmes d'administration pratique et des dépenses que comporte un programme de si grande envergure, il a été jugé opportun de choisir une contribution de base assez faible pour ne pas exiger de nombreux rabais et pour ne pas imposer de fardeaux trop lourds aux budgets des provinces incapables de les supporter.

Il convient de souligner le caractère contributif d'un solide programme d'assurance-santé. La cotisation n'est pas un impôt parce qu'elle ne dépasse pas la valeur des prestations d'assurance-santé accordées. Elle constitue simplement le transfert de deniers déjà versés pour l'obtention de soins médicaux à ce qu'on peut désigner, comme un fonds destiné à stabiliser les frais médicaux.

Les principes d'assurance-santé exigent un rapport direct entre le montant des contributions perçues et la valeur des prestations. Comme résultat, les gens demandent un service efficace et, en outre mettent un frein à leurs réclamations en matière de dépenses extravagantes.

D'aucuns ont proposé de prélever les cotisations, non de tous les adultes, mais seulement des contribuables qui acquittent l'impôt sur le revenu. Si l'on veut percevoir le même total, ce plan, ne l'oublions pas, ferait plus que doubler la cotisation d'assurance-santé versée par ceux qui paient l'impôt sur le revenu, et augmenterait les demandes d'exemption.

En outre, il ne s'agirait plus d'assurance sociale. L'excédent du coût moyen qu'assume chaque adulte au Canada pour obtenir les soins médicaux serait considéré comme impôt direct, et ce qui importe autant, un tel régime n'établirait pas les rouages chargés de percevoir la cotisation de chaque adulte, rouages essentiels à tout projet contributif de pension de vieillesse.

D'aucuns estiment que les cotisations graduées devraient peut-être s'appliquer à des niveaux au-dessous du revenu maximum exempté de l'impôt. Il serait coûteux d'exiger, simplement aux fins de la contribution d'assurance-santé, des déclarations d'impôt sur le revenu de particuliers qui, en ce moment, ne sont pas obligés d'en produire.

On a proposé de prélever le coût total des soins médicaux, non au moyen d'une cotisation versée par les particuliers, sous un régime d'assurance sociale, mais au moyen d'un impôt général. Il ne s'agirait plus d'assurance-santé, mais bien de secours médicaux, et un tel projet serait nécessairement sujet à la vérification du domicile et des ressources que comporte une telle méthode de secours.

Il faut signaler qu'un tel projet de secours violerait les principes d'une solide responsabilité administrative, puisque les divers gouvernements provinciaux dépenseraient, sans être responsables au sens politique, les fonds perçus uniquement par le gouvernement fédéral.

Dans un programme d'assurance-santé, les droits des provinces dépassent ceux du gouvernement fédéral. Au fait, cette question relève des provinces aux termes de la constitution. C'est pourquoi, il a été proposé que les cotisations prélevées par les rouages de la division de l'impôt sur le revenu le soient au nom des provinces qui possèdent un régime d'assurance-santé.

C'est en partie afin de surmonter les difficultés suscitées par l'existence de programmes d'assurance-santé provinciaux, financés dans une large mesure par des fonds fédéraux, qu'on a proposé de calculer la contribution du Dominion d'après le coût moyen dans chaque province plutôt que d'après la proportion

ordinaire du coût, et de laisser à chaque province le soin d'acquitter en entier tout excédent sur le coût moyen; cela les pousseraient à l'économie et à une administration efficace.

Le coût de l'assurance-santé pour les enfants ne devrait pas retomber essentiellement ou uniquement sur ceux qui les élèvent. Cette dépense devrait être imputable au budget fédéral à titre de sage placement, et, dans une certaine mesure, aux contributeurs à revenu élevé.

L'assurance-santé pour les enfants serait l'une des formes les plus opportunes d'allocations familiales, constituant un avantage précieux pour la nation, au point de vue de la formation de meilleurs citoyens, aussi bien qu'en ce qui regarde l'abaissement des frais médicaux pour les adultes.

En tout cas, il est rationnel que la contribution des adultes soit assez élevée pour inclure une contribution pour les enfants qui pourront en tout temps devenir à leur charge.

On a dit qu'au lieu d'une contribution supplémentaire pour l'assurance-santé, perçue au moyen de l'impôt sur le revenu, il pourrait être opportun de mettre à part ou d'affecter une partie d'un impôt général sur le revenu quelque peu plus élevé, à cette fin et à d'autres fins d'assurance sociale, sous prétexte que ce supplément semblera tolérable au public, parce qu'il saura qu'il en retire apparemment un avantage direct.

On juge qu'il est préférable d'ajouter une contribution pour l'assurance-santé recouvrable par le moyen de l'impôt sur le revenu en sus de la contribution annuelle de base de \$12, de façon que l'assurance-santé ait un caractère contributoire plus net. Si l'on veut établir un régime contributoire de pensions de vieillesse, les sommes requises seraient trop considérables pour qu'on les impute sur l'impôt sur le revenu et il faudrait les exiger de chaque adulte.

Ce n'est pas un sain principe d'assurance sociale d'acquitter entièrement au moyen de l'impôt ce qui constitue actuellement une dépense pour les besoins personnels d'existence, étant donné que, manifestement, on ne pourrait suivre cette méthode dans la prochaine étape probable du programme de sécurité sociale.

Il ressort de diverses études que les contribuables des diverses catégories affectent plus d'argent aux soins médicaux à mesure que leur revenu augmente. C'est en tenant compte de ce fait qu'on préconise un plan adapté à leurs moyens de payer aussi bien qu'aux dépenses présentes.

Les vœux d'ordre financier se bornent à des avis au sujet du financement de l'assurance-santé et ne s'appliquent pas au financement d'un programme intégré de sécurité sociale, comme élément d'un programme d'ensemble de finances publiques d'après-guerre. On croit toutefois qu'il s'adapterait aux rouages nécessaires pour la contribution plus considérable d'assurance sociale requise, calculée d'après le revenu, si on ajoutait les pensions contributoires de vieillesse.

Il faut se rappeler qu'on regarde maintenant l'assurance-santé comme un plan d'après-guerre. Il est généralement admis que, dans l'après-guerre, les impôts en général, y compris l'impôt sur le revenu, seront inférieurs aux niveaux du temps de guerre.

Il se peut fort bien que les dégrèvements dépasseront le montant des contributions pour l'assurance-santé, ce qui représentera une réduction nette et inclura tous les avantages d'un système complet d'assurance-santé.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Stangroom.

M. MAYBANK: Monsieur le président, je n'ai pas saisi le commencement du mémoire de M. Stangroom et j'ai une couple de questions à poser. Veut-il répéter la raison d'être de la lecture de ce mémoire, ce matin? Dois-je comprendre que c'est une réponse à certaines questions?

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. MAYBANK: Sont-ce les réponses d'un comité départemental?

Le PRÉSIDENT: Je le crois.

M. MAYBANK: Quelque chose m'a échappé au début. Je veux comprendre un peu les causes et les raisons de l'exposé.

M. STANGROOM: Ces questions nous ont été posées, monsieur le président.

M. MAYBANK: Ce sont des questions que le Comité vous a posées la dernière fois?

M. STANGROOM: Oui.

M. MAYBANK: Et ce sont les réponses?

M. STANGROOM: Nous avons répondu aux questions ce matin.

Le PRÉSIDENT: Vous répondez au nom du comité des Finances?

M. STANGROOM: Oui, en nous inspirant de nos rapports précédents.

M. WOOD: Je remarque que vous avez mentionné l'affectation de certains genres d'impôts sur le revenu. Quelle différence cela ferait-il, si vous affectiez une partie des recettes versées au compte du revenu consolidé, comme je l'ai préconisé à la dernière séance, à propos des choses qui tendent à amoindrir la santé nationale? Saisissez-vous ma question? Quelle différence cela ferait-il si vous affectiez spécialement à cette fin une partie de l'impôt sur le revenu ou affectiez certaines recettes d'autre provenance, comme les droits d'accise, qui sont versées au fonds du revenu consolidé? Cela ne ferait aucune différence, n'est-ce pas?

M. STANGROOM: Une contribution individuelle semble requise, monsieur le président, si l'on veut établir des rouages administratifs efficaces. Vous ne pouvez reconnaître quel est le montant de votre contribution particulière au fonds du revenu consolidé et vous ne pourrez non plus reconnaître nécessairement quel est votre avantage direct. Mais une forme rigoureuse d'inscription des contributeurs s'impose, surtout lorsqu'il s'agit d'un organisme provincial, car il y a des gens qui voyagent dans la province et ne sont pas des contributeurs. Il peut y avoir des touristes américains qui ne sont pas des contributeurs. En tout cas, il faut établir un tel régime contributoire si vous voulez établir plus tard un système contributoire de pensions de vieillesse.

M. HOWDEN: Monsieur le président, je voudrais revenir à ma question de l'autre jour. Disons que j'ai l'impression qu'une différence de deux dollars quant à la prime influera grandement sur l'attitude de la population canadienne et ce qu'elle pensera de la proposition. Il me semble que si on réduisait cette contribution personnelle de \$12 à \$10 et que si l'on comblait la différence en relevant le niveau de l'impôt sur le revenu,—sans toucher au minimum, mais en le relevant un peu,—cela ne ferait aucune différence pour les catégories moyennes, les gens à revenu médiocre. Les contribuables acquitteraient chaque année la même somme pour l'assurance-santé que maintenant, mais cela diminuerait le fardeau des catégories de petits salariés sans incommoder ceux qui touchent un salaire élevé. Une contribution de \$10 plairait bien plus à un grand nombre de gens que la prime de \$12.

M. McCANN: Voulez-vous parler d'un relèvement de taux ou de l'assujétissement d'un plus grand nombre de contribuables?

M. HOWDEN: C'est cela, de l'assujétissement d'un plus grand nombre de contribuables. Je ne parle pas de la majoration du taux.

M. McCANN: Monsieur le président, nous piétiérons sur place tant que nous n'aurons pas décidé si le système sera ou non un système contributoire. C'est le principe primordial et le Comité devrait l'arrêter maintenant. L'établissement d'un système contributoire entraînera plus d'assujétis directement intéressés et moins de déboursés de la trésorerie, que si l'Etat acquitte intégralement les frais. Nous pouvons régler plus tard le montant de la contribution, mais

nous devrions trancher la question en tenant compte des avis de nos conseillers financiers. Je puis dire, au nom de tous les médecins qui font partie du Comité, que si le système n'est pas contributoire, je fais aussi bien de me retirer du Comité et c'est exactement ce que je ferais, car si le système n'est pas contributoire, cela signifie l'établissement immédiat de la médecine d'Etat au pays et aucun médecin canadien ne tient à servir l'Etat dans de pareilles conditions.

M. MAYBANK: Voulez-vous parler d'un système entièrement à base de contributions?

M. McCANN: Non, pas entièrement, mais on a préconisé un régime ne comportant aucune contribution. Le Comité devrait prendre une décision sur le principe et se prononcer très clairement. Si le système doit être contributoire, que le Comité l'approuve; dans le cas contraire, qu'on le dise. Je le répète, aucun membre du Comité qui fait partie de la profession médicale, ni aucun médecin du pays ne l'approuveront.

En ce qui concerne le montant de la contribution, nous ferions bien de demander l'avis des conseillers financiers, car ils savent exactement, en tout cas mieux que nous, ce que permet probablement la situation financière du pays.

M. HOWDEN: Tirons la chose au net: votre objection se fonde sur le fait que si le pays se prononçait en faveur de l'étatisation de la médecine, les médecins seraient rémunérés au moyen d'un traitement, n'est-ce pas cela?

M. McCANN: Oui. Je ne crois pas qu'ils consentiraient à exercer leur profession d'après ce principe. C'est mon objection personnelle et c'est celle que j'entends formuler par l'ensemble du corps médical.

M. BREITHAUP: Monsieur le président, à notre dernière séance M. Côté a fait adopter une motion qui, je pense, règle la question. Je suis absolument de l'avis de M. McCann.

L'hon. M. BRUCE: Monsieur le président, je tiens à dire que je fais miennes les remarques de M. McCann. En vue de faciliter les délibérations de ce matin, nous pourrions peut-être proposer maintenant une motion et je préférerais diviser en deux parties la motion présentée l'autre jour par M. Côté: réglons d'abord la question de savoir si le système devra être contributoire; en second lieu déterminons le montant de la contribution et, troisièmement, étudions l'autre question soulevée au cours de la discussion. Je propose donc l'adoption du principe du système contributoire.

Le PRÉSIDENT: M. Côté a proposé une motion à la dernière séance du Comité; elle a été adoptée et je crois que pour procéder régulièrement, M. Côté devra retirer sa motion jusqu'à ce que nous nous soyons prononcés sur l'autre motion.

M. DONNELLY: Quelle est la motion de M. Côté?

Le PRÉSIDENT: M. Côté a proposé l'adoption par le Comité de l'alinéa (b) du paragraphe 2 de l'ordre du jour.

M. BREITHAUP: Voulez-vous lire le texte de la première motion?

Le PRÉSIDENT: (b) Que le montant de la contribution soit maintenu à \$12, mais que soit aboli le recouvrement au moyen de l'impôt revenu et que soient substitués à ce mode des versements supplémentaires à même le revenu national."

La motion de M. Côté implique par le fait l'approbation du système contributoire.

M. CÔTÉ: Si la chose est préférable, je n'ai aucune objection au retrait provisoire de la motion, afin que nous puissions tirer au net la proposition de M. Bruce.

M. BRUCE: Nous le ferions pour que ma proposition serve d'amendement.

Le PRÉSIDENT: Non, monsieur Bruce, faites-en une motion.

M. BRUCE: Je propose donc l'adoption du principe de l'assurance contributoire.

M. KINLEY: Je désire poser une question. Dois-je comprendre que notre population verse 242 millions de dollars pour les services sanitaires en général? Je voudrais savoir en quoi consistera la taxe; je désire savoir quel sera le coût réel de ce système.

M. CLEAVER: Je croyais que nous discuterions plus tard le coût de ce système.

Le PRÉSIDENT: M. Kinley a posé une question et je prierais M. Bryce d'y répondre.

M. BRYCE: Je tiens à être sûr que je comprends la question. Si j'ai bien compris M. Kinley, il a donné à entendre que la population acquitte déjà ces frais sous une forme ou sous une autre et il reste donc à savoir quels seraient en réalité les frais supplémentaires.

M. KINLEY: Oui.

M. BRYCE: En réponse à cette question, je soulignerai deux points. Les frais réels supplémentaires proviendraient probablement des services plus étendus, des services sanitaires que comporterait le système; nous nous attendons à une utilisation plus étendue des services sanitaires sous le régime de ce système.

M. McCANN: Parce que ces services seraient mieux répartis?

M. BRYCE: Oui. Il est certain que bien des gens prendront avantage de ces services parce qu'ils y auront droit, tandis qu'auparavant ils ne pouvaient pas en payer les frais ou encore ils se buttaient à certains obstacles.

M. HOWDEN: Vous pourriez ajouter que les frais de tous les services se trouvent maintenant payés.

M. BRYCE: Oui.

M. WOOD: Comprennent-ils l'emploi des médicaments brevetés, car il se dépense beaucoup d'argent à cette fin.

M. BRYCE: Je le suppose. En deuxième lieu, une grande partie de ce que les particuliers paient maintenant directement sera payé par l'entremise de l'organisme financier de l'Etat, soit par les contributions soit au moyen des 100 millions de dollars que l'on propose de prélever sur le budget. En acquittant ces frais à même le budget et les contributions, la population aura plus de certitude que c'est elle qui les acquitte dans une certaine mesure. Cette méthode comporte certaines difficultés d'ordre public, mais en réalité elle n'impose pas un plus lourd fardeau. J'ajouterai que le seul réel fardeau qui, en l'occurrence, pourrait entrer en jeu, provient des effets de la taxe et des effets du versement des contributions.

M. KINLEY: Nous avons deux chiffres: les 242 millions de dollars et le montant estimatif des frais que la population devra acquitter. Je voudrais savoir quelle est la différence entre les deux.

M. McCANN: Le rapport mentionne la somme de 250 millions.

M. BRYCE: Je crois qu'on peut affirmer que le coût estimatif du système est fondé essentiellement sur la somme estimative actuellement payée pour les services sanitaires.

M. KINLEY: Quel en est le chiffre?

M. BRYCE: M. Stangroom a dit ce matin qu'il est de 242 millions de dollars.

M. KINLEY: C'est ce que la population verse déjà?

M. BRYCE: Je ne voudrais pas avoir l'air de citer un chiffre trop exact. Nous avons indiqué dans notre rapport une somme d'environ 250 millions, mais elle s'appuyait sur les mêmes données essentielles.

M. KINLEY: C'est la différence entre les deux conceptions. Cela revient à dire que la population paie tant maintenant et que si elle accepte le système contributoire elle ne paiera que 10 millions de dollars de plus?

M. BRYCE: Oui.

M. KINLEY: Il n'y aura que 10 millions d'impôts à verser?

M. BRYCE: D'impôts supplémentaires.

M. FULFORD: J'ai reçu le texte d'une résolution adoptée à l'unanimité par les membres de l'Association médicale des deux comtés de Leeds et de Grenville, et dans laquelle on réproouve énergiquement le principe de l'assurance-santé obligatoire. Je me crois donc tenu de signaler ce fait.

Le Dr HEAGERTY: Je puis dire que la *Canadian Medical Association* a fait parvenir il y a quelque temps un questionnaire aux médecins canadiens et qu'elle a reçu des réponses indiquant qu'une très forte proportion de ces derniers —probablement plus de 50 p. 100—préconisent l'assurance-santé.

M. CÔTÉ: Pourrait-on nous indiquer de nouveau la teneur de la motion?

L'hon. M. BRUCE: On me permettra de faire quelques remarques en marge de la déclaration du Dr Heagerty et des observations qu'a faites M. Fulford au sujet de la résolution adoptée par l'association médicale de sa circonscription. J'ai rencontré des groupes de médecins et j'estime que la raison pour laquelle certains médecins se sont opposés à cette mesure d'assurance-santé est qu'ils n'en saisissent pas bien la portée. A l'heure actuelle les médecins sont plus occupés que jamais. Ils se mettent à la tâche de bonne heure le matin et demeurent occupés jusqu'à minuit et même plus tard, et ils ne possèdent pas de données générales sur l'objet de l'assurance-santé. Je puis ajouter qu'après avoir expliqué pendant quelques minutes à de petits groupes de médecins qui s'opposaient à cette initiative, le principe et la portée de l'assurance-santé, j'ai réussi à leur faire admettre que la mesure était probablement judicieuse.

Le PRÉSIDENT: La motion tend à l'adoption du principe contributif de l'assurance-santé.

M. CÔTÉ: Il y aurait peut-être lieu d'amplifier cette motion. Je ne crois pas que le Dr Bruce songe à faire reconnaître par ce comité le principe des contributions intégrales. S'il consentait à inclure dans sa motion le principe des contributions partielles, nous serions à peu près d'accord avec lui.

Le PRÉSIDENT: Cela est sous-entendu, je crois.

M. CÔTÉ: En est-il bien ainsi?

Le PRÉSIDENT: Le principe contributif.

M. LALONDE: En thèse générale seulement.

Le PRÉSIDENT: La contribution pourra être de 1, 10 ou 50 p. 100.

M. CLEAVER: Monsieur le président, je me demande si vous ou le Dr McCann pourriez me renseigner sur un point. Si je ne me trompe, le Dr McCann a déclaré qu'en adoptant le principe contributif nous nous trouverions à déterminer en quelque sorte implicitement soit le montant soit la modalité de la rémunération des médecins.

Le PRÉSIDENT: Pas du tout.

M. CLEAVER: Telle est l'impression que j'ai eue il y a quelques instants; j'ai pensé que si le principe contributif, auquel les médecins ne s'opposent pas, n'était pas adopté, ils retireraient leur appui. Je désirerais des précisions sur ce point. Je ne puis comprendre la tournure que prennent les choses. Devrions-nous adopter un plan non-contributif? Pour ma part, je préconise le plan contributif, mais je ne puis comprendre l'opposition qui se manifeste.

M. McCANN: Les médecins sont d'avis que le projet comporte deux aspects: on pourrait établir soit un plan d'assurance-santé, soit un régime de médecine

d'Etat. A mon sens, d'après le régime contributif quiconque verserait une contribution serait intéressé au plan, et l'on peut dire, je crois, que les gens qui verseront des contributions pour acquitter le coût des prestations tiendront probablement à ce qu'on n'émerge pas inutilement à cette caisse.

M. CLEAVER: Je comprends maintenant.

M. MACINNIS: Monsieur le président, si je ne me trompe, la motion nous invite à nous prononcer sur le mode de financement de ce plan, dont le coût sera partiellement acquitté au moyen de contributions versées par des particuliers. Pour ma part, je ne me m'oppose nullement à un plan contributif, car j'estime que les citoyens, sachant qu'ils contribuent au coût d'un certain plan, s'intéresseront davantage à ce dernier, et que leur statut personnel s'en trouvera haussé dans leur propre estime. Toutefois, je crois qu'une autre disposition devrait accompagner celle-là afin que les citoyens soient plus que de simples contribuants ou bénéficiaires du plan. Sur ce point, je crois que la question posée par M. Cleaver est fort opportune; en effet, si j'ai bien saisi les remarques du Dr McCann, l'attitude des médecins à l'égard du plan dépendra du maintien de leur situation actuelle, sauf qu'ils auront la certitude de toucher une rémunération pour les services qu'ils rendront. Or, si nous établissons un régime contributif—et c'est ce que je préconise—nous devons également faire en sorte que les contribuants aient leur mot à dire dans l'élaboration et l'application du plan.

M. McCANN: Ne croyez-vous pas que cela est prévu?

M. MACINNIS: Je n'en suis pas absolument certain. De fait, les gens avec qui je me suis entretenu disent que si ce plan doit être administré exclusivement par les médecins, ils ne sauraient l'appuyer. Or, à mon sens, quand un médecin se déclare opposé à un plan de ce genre, à un régime quelconque de médecine d'Etat, il considère le mauvais état de santé de la population comme la matière brute dont il doit tirer son revenu.

M. McCANN: Oh non!

M. HOWDEN: Ce n'est pas ainsi que la chose doit être envisagée.

M. MACINNIS: Telle est l'idée que se font les citoyens qui contribueront à ce plan. Je parle des gens que je connais et que j'ai l'occasion de rencontrer.

M. MAYBANK: Etes-vous certain de ne pas jeter une semence en terre?

M. MACINNIS: Je ne jette aucune semence en terre, et si mon ami avait été présent lorsque les représentants des ouvriers sont venus ici l'an dernier soumettre leurs recommandations à l'égard de ce plan, il se rendrait parfaitement compte que je ne jette aucune semence en terre.

En outre, le chiffre de la contribution est d'une extrême importance. Cette contribution devra être telle que le citoyen ordinaire qui sera compris dans ce plan puisse l'acquitter avec assez de facilité, et j'ai été heureux d'entendre M. Stangroom s'exprimer en ce sens cet avant-midi. J'ai rappelé ce fait l'autre jour et si j'insiste sur ce point c'est que je veux démontrer la sincérité des sentiments que j'éprouve à cet égard. Je crois, en effet, qu'il importe de faire comprendre que la contribution n'est nullement un impôt au sens ordinaire du mot, puisque les contributions, dans le cas d'une très grande partie de la population, seront inférieures aux prestations. Il importe au plus haut point d'expliquer cela aux citoyens afin d'amener ceux qui ne touchent que de très faibles revenus à accepter sans hésitation le plan contributif.

Je n'ai qu'une autre remarque à faire, au sujet de l'argument exposé dans le premier mémoire préparé par le comité consultatif. Le revenu de 62 p. 100 de notre population étant inférieur à \$950 par an, on peut facilement se faire une idée du faible revenu de plusieurs des gens compris dans cette proportion de 62 p. 100.

M. BREITHAUP: Ce chiffre remontait à une époque déjà lointaine; il n'était nullement récent.

M. MACINNIS: Il se rapportait à l'année 1941 et il n'a guère changé depuis.

M. WOOD: Plusieurs autres facteurs entrent en ligne de compte; les cultivateurs sont compris dans votre calcul, mais leurs revenus comprennent bien d'autres éléments.

M. MACINNIS: J'en conviens; cependant, le cultivateur n'en fait jamais mention lorsqu'il défend la cause de la classe agricole.

M. WOOD: Il faut exposer les faits.

M. MACINNIS: Ce que je désire démontrer au sujet de cette contribution, c'est qu'elle devra être acquittée à même le revenu national et que ceux qui reçoivent une plus grande part de ce revenu doivent contribuer plus largement au financement de ce plan. On ne saurait demander à des gens qui ne reçoivent qu'une partie minime du revenu national et dont les ressources sont déjà fort réduites, de faire une dépense additionnelle. Si le revenu national était également, ou du moins plus également, réparti, la contribution n'aurait que peu d'importance puisqu'elle doit être acquittée à même le revenu national et payée par ceux qui touchent ce revenu. La difficulté consiste en ce qu'un trop grand nombre de personnes reçoivent une trop petite proportion du revenu national tandis que la part d'un petit nombre est trop élevée.

M. HOWDEN: Monsieur le président, l'attitude des médecins ne doit donner lieu à aucune incertitude; il faut l'exposer clairement de façon à ne laisser aucun doute. Il y a un certain nombre de médecins au Canada; ils sont tous animés de bons sentiments les uns envers les autres et chacun désire le succès de ses confrères. Ils ne veulent pas d'un plan en vertu duquel un certain nombre d'entre eux exerceront leur profession moyennant salaire tandis que les autres seront laissés à leur propres ressources. Autant que j'en puisse juger, voilà leur avis et je les approuve sans réserve. Les médecins préconisent la méthode des honoraires à propos de cette mesure, c'est-à-dire la même que celle qui existe actuellement et nous sommes prêts à accepter ce mode de rétribution; cependant, je ne sais ce qui arrivera si certains médecins, à l'exclusion des autres, doivent travailler à salaire. A l'heure actuelle les médecins se tirent convenablement d'affaires.

M. WOOD: Les médecins semblent prendre une part prépondérante à la discussion actuelle. Je crois qu'une foule de gens ont une fausse impression à propos de ce plan; c'est ce que j'ai constaté à maintes reprises. J'estime que le moment est venu d'élucider ce point. Dans un livre intitulé "The Dawn of an Ampler Life" qui est une sorte de résumé du plan de sécurité sociale,—je regrette de n'avoir pas ce livre sous la main,—l'auteur, Mlle Charlotte Whitton, déclare que le revenu moyen des médecins du Dominion présentement, en tenant compte du nombre des médecins et des honoraires qu'ils touchent, est de \$3,000 alors qu'il serait de \$10,000 s'ils prenaient tous une part égale à l'application de ce plan.

Un hon. DÉPUTÉ: Pas du tout.

Un hon. DÉPUTÉ: C'est faux.

M. WOOD: J'ignore si cette assertion est fondée; c'est ce qui est écrit dans le volume que j'ai cité et j'ai voulu en faire mention. Je constate que le Comité, tout comme le public, ne se fait pas une idée très nette du plan. On a l'impression qu'il est favorable aux médecins, mais on se demande quel bien en retirera la société. Nous devons tirer les choses au clair et le Comité doit savoir si ces craintes sont justifiées ou si elles sont sans fondement. Je dois convenir que j'ai été stupéfié de cette constatation. J'aurai d'autres points à soulever à ce sujet et j'y reviendrai plus tard.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Wood, considérez-vous que cet ouvrage fait autorité?

M. WOOD: C'est un livre qui a eu un assez grand succès; comme dans le cas de bien d'autres livres, les idées de l'auteur peuvent être justifiées ou non.

Le PRÉSIDENT: Citez-vous cete déclaration comme émanant d'une source autorisée?

M. JOHNSTON: Il s'agit d'une déclaration; je ne me souviens plus du nom de la dame qui a fait enquête pour le compte de M. Bracken.

M. HAEGERTY: Monsieur le président, la déclaration de Mlle Whitton n'est pas exacte. En vous vous reportant au recensement décennal de 1931, vous constaterez que le revenu brut des médecins était alors de \$5,237. Ainsi, puisque Mlle Whitton se trompe à ce sujet, il se peut très bien qu'elle fasse erreur sur d'autres points.

M. WRIGHT: Il me semble que la discussion porte maintenant sur des questions qui ne sont pas du ressort du Comité. Cette partie du bill relève des provinces et ce sont elles qui décideront du mode de paiement des médecins. Je ne vois pas pourquoi le Comité perdrait son temps à cette discussion. Nous avons suffisamment de décisions à prendre sans nous mêler de présenter des recommandations aux provinces qui, de toute façon, agiront sans doute comme bon leur semblera.

M. CLEAVER: Monsieur le président, je désire soulever le point suivant. Si je saisis bien la question que nous étudions actuellement, il s'agit de décider si une partie du coût que représente l'application de ce plan sera acquittée par voie de contributions. La motion, telle qu'elle est rédigée actuellement, ne fait pas mention textuellement du mot "partiellement" et j'estime qu'il y aurait lieu d'inclure ce mot. Je crois que cela est conforme au désir du motionnaire.

L'hon. M. BRUCE: C'est exact et je ne m'oppose aucunement à l'addition de ce mot.

Le PRÉSIDENT: Votre motion se lirait donc: "Que soit adopté le principe de l'assurance-santé partiellement contributoire."

M. CÔTÉ: Ce serait une amélioration.

M. CLEAVER: Si telle est notre intention, pourquoi ne pas le dire?

L'hon. M. BRUCE: Je ne m'oppose nullement à l'insertion de ce mot.

M. LECLERC: Le docteur McCann a déclaré que le système contributif aurait pour effet de réduire le nombre des appels inutiles. Je crains que d'une façon ou d'une autre ces appels soient très nombreux.

M. McCANN: Prenons le cas d'un homme qui sera appelé à verser pour lui-même, pour son épouse et deux ou trois enfants, une somme de \$50 par année. Si c'est un homme quelque peu sensé, il comprendra que le maintien de ce service sous le régime du plan représente une certaine somme d'argent et que si lui-même, sa famille, et 100,000 autres familles du pays se mettent en frais d'appeler le médecin chaque fois qu'un enfant souffre d'un mal de tête ou de quelque autre malaise de ce genre, le coût global du service en sera accru d'autant; par ailleurs, s'il est appelé à contribuer, il est probable qu'il fera preuve d'autant de discernement qu'au cours des années passées lorsqu'il devait payer lui-même les honoraires de chaque visite du médecin.

M. JOHNSTON: Est-ce bien ce qui doit se produire nécessairement? Je ne suis pas d'accord avec le docteur McCann et je pourrais défendre la thèse opposée. Je pourrais me servir du même exemple que celui qu'a cité le docteur McCann. Prenons le cas d'un homme dont les frais médicaux s'élèvent à \$50 ou \$100 par année; supposons que son fils ait un ongle incarné à l'un des doigts du pied. Cet homme peut bien se dire: "Puisque nous payons \$100 par année pour ce service, allons voir le médecin." Je n'admets pas du tout que si

le plan devait être non contributif, les gens seraient amenés à se rendre chez le médecin plus volontiers qu'auparavant. D'autre part, s'il s'agit d'un service national de santé, comme on le projette, et si un enfant a un ongle incarné, il se doit d'aller chez le médecin. Je n'y vois aucune objection. Quant à la déclaration de M. Wood, j'ai lu quelque chose à ce sujet dans les journaux et si j'ai bonne mémoire, j'en ai pris note.

Le PRÉSIDENT: On m'excusera mais cet ouvrage n'est pas cité en témoignage à l'heure actuelle et je ne crois pas qu'on soit autorisé à le discuter.

M. JOHNSTON: Je n'ai pas dit qu'il était cité en témoignage; j'ai déclaré que j'avais vu l'article dans les journaux.

Le PRÉSIDENT: Je l'ai lu moi aussi.

M. JOHNSTON: Le président contredit cela et il ne semble pas vouloir en démordre. Quoi qu'il en soit, quelqu'un devrait témoigner devant ce Comité et nous dire quel a été le revenu moyen des médecins et ce qu'il sera une fois ce projet en vigueur. Une rumeur assez répandue veut que ce plan soit très profitable aux médecins. Je ne prétends pas le contraire. Mais il convient de tirer la chose au clair et d'entendre le Dr Heagerty, le président ou une autre personne nous dire exactement ce que seront les revenus.

Quelques hon. DÉPUTÉS: Aux voix.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Kinley.

M. KINLEY: Il me semble que la résolution fait une pétition de principe. Tout le temps de notre discussion, on a semblé considérer comme admis que tout plan d'assurance est contributoire. Cela m'a paru évident. Je ne sais pas au juste ce que dit la résolution, mais s'il y est question de plan, je tiens à faire remarquer qu'il n'y en a pas. Nous n'avons adopté aucun plan.

Le PRÉSIDENT: La résolution ne mentionne aucun plan.

M. KINLEY: Voulez-vous la lire?

Le PRÉSIDENT: La motion se lit ainsi qu'il suit: "Que soit adopté le principe d'un projet contributoire."

M. KINLEY: Le plan?

Le PRÉSIDENT: Le projet d'assurance-santé, si vous préférez.

Quelques hon. DÉPUTÉS: Aux voix.

M. JOHNSTON: Monsieur le président...

Le PRÉSIDENT: Monsieur Maybank.

M. MAYBANK: A mon avis, un ou deux des membres sont allés trop loin. Dans le moment, il s'agit d'une question très simple.

M. JOHNSTON: Elle est très compliquée.

M. MAYBANK: Pas dans le moment, certes, mais on cherche à la compliquer. Le Dr McCann est à blâmer pour avoir mis cet obstacle entre lui et Bow-River. Lui et moi avons convenu dans la suite que s'il avait parlé de pellicules plutôt que d'ongles incarnés, il n'y aurait eu aucune discussion. Il affirme qu'il connaît des maladies plus bénignes que celles-là. Pourquoi alors ne les a-t-il pas indiquées, plutôt que d'aborder ces questions médicales fort compliquées?

Il me semble que nous n'avons à régler aucune des autres questions que nous venons de débattre. Il est vrai que lorsqu'une personne vote, disons en faveur du principe contributoire, certaines autres questions surgissent dans son esprit; elle se demande, par exemple, si ce plan sera entièrement exploité par les médecins à leur propre avantage; si d'autres se chargeront de l'application de la loi, et ainsi de suite. Nous aborderons toutes ces questions en temps et lieu. Pour le moment, il ne nous reste qu'à nous prononcer sur le principe général, et à dire si, d'après nous, il est bon que la population verse une contribution.

directe, sans mentionner de montant. Si nous voulons rendre justice à nous-mêmes, nous devrions mettre cette question aux voix dès maintenant.

Quelques hon. DÉPUTÉS: Aux voix.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Donnelly.

M. DONNELLY: En ce qui me concerne, je veux tout simplement ajouter que je suis en faveur d'un régime contributoire d'assurance-santé. A mon sens, toute notre législation sociale, y compris les pensions de vieillesse, devrait être sur une base contributoire. Les gens n'apprécient pas ce qu'ils peuvent obtenir gratuitement. Quand ils versent une cotisation pour quelque chose, ils ont l'impression d'avoir acheté ce quelque chose, de l'avoir payé et d'y avoir droit. Ils en gardent une meilleure impression et ils l'apprécient davantage. On a dit, il y a un instant, que les médecins mourraient à la tâche avec un tel régime; à cet égard, je tiens à dire que j'ai exercé ma profession dans des municipalités où ces dernières nous paient seules pour l'assurance-santé. Elles nous paient pour tout le travail que nous accomplissons et le malade n'a rien à déboursier. Il peut appeler le médecin chez lui; il peut aller le voir ou se rendre à l'hôpital: dans chaque cas, il se fait traiter gratuitement. C'est un régime qui donne beaucoup de satisfaction. Les gens en sont satisfaits, ainsi que les médecins. Nous ne voulons rien changer au plan qui existe dans ces localités à l'heure actuelle. Certaines des municipalités où j'ai exercé la médecine exigeaient \$2 pour la première visite afin d'empêcher les gens de se prévaloir du plan et de demander le médecin lorsqu'ils n'en ont pas besoin. Dans une autre municipalité, on exigeait \$1. Dans deux autres, on ne demandait rien du tout. Je n'ai découvert aucune différence entre tous ces plans; car tous ont donné satisfaction. Les gens ne viennent pas demander du travail au médecin. Il va sans dire que tout dépend du médecin lui-même. Ce dernier tâchera de savoir ce qui ne va pas; il fera une petite enquête avant de partir et il dira: "Conduisez le malade à l'hôpital et j'irai le voir." A cet égard, pas de difficulté aucune. Nous avons constaté que dans la Saskatchewan, là où il y a des médecins payés par la municipalité, nos gens sont absolument en faveur du plan et ne veulent rien changer. Tout plan d'assurance-santé devrait être contributoire, peu importe le montant de la cotisation. Je ne sais si elle devrait être supérieure ou inférieure à \$12. En tout cas, la population devrait verser une cotisation.

M. McIVOR: Monsieur le président, après avoir discuté cette question avec les cultivateurs depuis 1935, je puis dire qu'ils veulent verser une cotisation. C'est comme celui qui ne veut pas faire payer sa pension par une autre personne. Il préfère payer lui-même pour ce qu'il mange. Mais je conviens avec le Dr Howden que \$10 seraient préférables à \$12. Je me mets dans la peau du cultivateur. Pour ce qui est de l'application de la loi, elle se ferait par une commission et le président de cette commission sera un docteur en médecine; on ne dit pas "doit être" mais "sera", ce qui revient à peu près à la même chose. Je constate aussi que les commissaires ne seront pas tous des médecins. Après examen, cette commission me paraît assez bien constituée. Mais je tiens à dire qu'aucun homme, au sens véritable du mot, ne veut que ce soit son voisin qui paie pour le soin de son épouse malade, pour sa famille ou pour lui-même. Nous devrions donc, à mon sens, avoir un régime contributoire. Quant à l'autre point de vue, je pense comme M. MacInnis.

M. McCANN: Monsieur le président, j'ai une question à poser au Dr Donnelly au sujet des médecins municipaux en Saskatchewan. N'est-il pas vrai que chaque individu paie un impôt foncier à cette fin? Dans ce cas, cela ne constitue-t-il pas sa cotisation?

M. DONNELLY: Certaines gens en paient; c'est le propriétaire foncier. Tout est perçu sous forme d'impôt. En ce qui me concerne, par exemple, j'ai un

locataire qui exploite ma ferme. Il ne paie pas un sou. C'est moi qui paie tout, puisque c'est moi qui acquitte les impôts.

M. McCANN: Ne paie-t-il pas un loyer?

M. DONNELLY: Non. Son loyer représente le tiers de la récolte. Le loyer est sous forme de récolte. Mais il ne paie aucun impôt. J'acquitte moi-même tous les impôts. Voilà le système de location que nous avons en Saskatchewan. Le locataire n'a rien à payer. C'est le propriétaire qui acquitte toutes les taxes. C'est lui qui paie le médecin municipal.

Quelques hon. DÉPUTÉS: Mettons la motion aux voix.

M. KINLEY: Pouvons-nous continuer l'examen de la motion?

Le PRÉSIDENT: A l'ordre, s'il vous plaît.

M. JOHNSTON: J'aimerais formuler une observation avant la mise aux voix. La plupart des gens ne savent pas ce qu'il faut entendre par un régime non contributoire. Il ne faudrait pas croire que la population n'aura pas à acquitter le coût d'un régime non contributoire d'assurance-santé qu'il ne lui en coûtera rien. L'analyse que M. McIvor a faite du projet est erronée, car nous ne pouvons pas supposer un instant qu'il n'en coûtera rien à la population. Si l'on doit faire les frais du projet à même le revenu national, on ne peut pas dire que l'assurance sera gratuite.

M. CÔTÉ: C'est une question de psychologie.

M. JOHNSTON: Pas du tout. Le Dr Howden a donné le coup de grâce à cet argument. Chacun acquitte le coût d'un projet financé à même le revenu national. Quoi qu'on en dise, celui dont le revenu est inférieur à \$660 ne s'en tire pas gratuitement, car il doit acquitter le coût des marchandises qu'il se procure et l'industriel qui fabrique ces marchandises doit payer son écot. Les gens qui touchent un revenu imposable payent aussi leur quote-part. Il est évident que tous, du premier au dernier, doivent acquitter le coût de ce projet. Il n'est pas question d'obtenir quelque chose pour rien. Je suis opposé à un régime contributoire. Ce qu'il nous faut, c'est un plan sans versements de la part des bénéficiaires. Pour ce qui est de l'amendement, je préfère la proposition du Dr Heagerty voulant qu'on impose une cotisation de \$12 et qu'on puise le reste à même le revenu national. La mesure dont nous sommes présentement saisie est très vague.

M. CLEAVER: Nous déciderons du montant plus tard.

Le PRÉSIDENT: La proposition est complète.

M. CLEAVER: Il s'agit ici du principe général.

M. JOHNSTON: De toute façon, je ne reconnais pas le principe.

Quelques hon. DÉPUTÉS: Aux voix.

M. LOCKART: Monsieur le président, lorsque les conversations se feront moins bruyantes, il me sera peut-être possible de me faire entendre. Le Dr Heagerty nous a dit que les médecins par tout le pays s'opposaient dans une large mesure à ce projet, et le Dr Bruce a ajouté que cela provenait du fait que les médecins ne le comprennent pas. Me fournirait-on des éclaircissements à ce sujet.

Le Dr HEAGERTY: Ce n'est pas exact. J'ai dit que la *Canadian Medical Association* avait adressé un questionnaire à ses membres.

M. LECLERC: A tous ses membres?

Le Dr HEAGERTY: A tous ceux qui en faisaient alors partie, soit à environ 7,000 médecins.

M. LOCKART: Quelle est la proportion des membres?

Le Dr HEAGERTY: J'allais dire que 7,000 membres, sur un total de 11,000 médecins canadiens, ont reçu le questionnaire et que tous se sont prononcés en faveur du projet. Les seuls points sur lesquels les médecins ne sont pas d'accord

ont trait au mode de paiement (suivant le salaire, en fonction du nombre des assurés, ou comportant un montant fixe) et à l'abaissement des normes qui régissent l'exercice de la médecine. Le médecin ne veut pas que l'Etat intervienne entre lui et ses malades, et il craint qu'il ne le fasse s'il étatisé la médecine. L'Etat pourra intervenir dans ses relations avec ses malades et dresser un dossier relatif à ces derniers. Il redoute l'établissement d'un régime semblable à celui qui existe en Russie. Le Dr Sigerist était de passage parmi nous récemment et, au cours d'un dîner, il a fait l'éloge des centres d'hygiène établis en Russie. En réponse à une question que je lui posais, il m'a dit que l'Etat avait accès aux dossiers qu'on conserve dans ces centres de santé et qui ont trait aux malades. Voilà ce dont le médecin ne veut pas. Il ne tient pas à jouer un rôle exclusif en ce qui concerne l'administration. Comme l'indique le projet de loi, tous les intéressés sont représentés et une des raisons principales de cette représentation, c'est qu'ils contribuent au projet.

M. LOCKHART: A quoi le Dr Bruce faisait-il allusion lorsqu'il nous a dit que les médecins ne comprennent pas le projet et que c'était là l'explication de l'opposition qu'ils manifestent à cet égard?

L'hon. M. BRUCE: Ce n'est pas ce que j'ai voulu dire et je regrette de ne pas avoir été plus clair. Je ne faisais que corroborer les observations qu'a formulées le Dr Heagerty lorsqu'il nous a dit que plus de 52 p. 100 des médecins étaient en faveur d'un service de santé national sous une forme quelconque. C'est alors que M. Fulford a soumis une résolution venant d'un groupe de médecins opposés à la mesure projetée. Mes observations visaient cette résolution. J'ai voulu dire que les médecins qui s'étaient prononcés contre le projet l'avaient fait parce qu'ils ne le comprenaient pas; voilà tout. Ils ont cru qu'il s'agissait de médecine d'Etat, alors qu'il n'est question que d'assurance-santé. Ils s'opposaient irrémédiablement à la médecine d'Etat. Qu'on leur explique qu'il s'agit d'une forme d'assurance, et je suis certain que nombre d'entre eux n'y verront aucune objection.

M. LOCKHART: Nous sommes appelés à nous prononcer sur une résolution visant l'adoption du principe en cause. Le Dr Heagerty nous a dit que 7,000 membres de l'association médicale, sur un total de 11,000 médecins, avaient exprimé leur avis sur la question. Il y a donc 4,000 médecins qui ne se sont pas prononcés. Le Dr Bruce nous dit ensuite que le projet n'est pas compris de toute la faculté et que c'est la raison pour laquelle il a soulevé beaucoup d'opposition. Nous sommes appelés à nous prononcer sur une mesure qui, me semble-t-il, est passablement vague. En tout état de cause, je suis décidément en faveur d'un régime contributoire quelconque pour ce que vous appelez, monsieur le président, le plan.

Le PRÉSIDENT: Le plan dont nous sommes saisis.

M. LOCKHART: Je prends pour acquis que le plan sera mis au point plus tard, lorsque se réuniront ceux qui seront chargés de l'appliquer.

Le PRÉSIDENT: C'est exact.

M. LOCKHART: En principe, je suis donc en faveur d'un régime contributoire. Cependant le fait qu'une proportion considérable de la faculté semble désapprouver le projet ne laisse pas de m'inquiéter. M. Fulford a même été jusqu'à dire qu'une association médicale s'étendant à deux comtés s'était prononcée contre le projet. N'allons-nous pas à l'aveuglette en nous prononçant sur une résolution de ce genre?

Le PRÉSIDENT: Non.

M. LOCKHART: Je tenais à souligner ce point.

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président, le comité consultatif de l'assurance-santé a, dès le début, demandé à la *Canadian Medical Association* de former un comité d'assurance-santé. L'Association s'est rendue à ce désir et le comité

qu'elle a établi a participé maintes et maintes fois aux réunions du comité consultatif. Par la suite, la *Canadian Medical Association* a, pour la première fois depuis soixante-quinze ans, tenu une conférence en dehors de ses séances annuelles, et elle a adopté une résolution approuvant le principe de l'assurance-santé. Cette résolution exprimait les vues de tous les membres de la profession médicale au Canada.

M. JOHNSTON: Le Dr Heagerty nous dira-t-il la proportion des médecins canadiens qui font partie de la *Canadian Medical Association*?

Le Dr HEAGERTY: Les membres de l'association ont augmenté sensiblement depuis qu'il est question d'établir l'assurance-santé, de sorte que je ne saurais dire combien de médecins, parmi les 11,000 qui exercent leur profession au Canada, en font présentement partie. J'estime cependant que ce nombre se situe entre 8,000 et 8,500.

M. JOHNSTON: Dois-je conclure,—j'ai lu ce détail il y a environ un an, dans le *Medical Journal*,—qu'approximativement 28 p. 100 des médecins font partie de la *Canadian Medical Association*? Ce serait avant ce régime d'assurance-santé.

L'hon. M. BRUCE: La proportion est beaucoup plus forte.

Le Dr HEAGERTY: Elle l'a toujours été. Elle s'est établie ordinairement à près de 50 p. 100.

M. VENIOT: En ma qualité de membre du conseil de la *Canadian Medical Association* pendant plusieurs années, je désire déclarer que l'Association compte actuellement plus de 6,000 médecins, sur un total de 12,000; ainsi la proportion dépasse 50 p. 100.

M. JOHNSTON: Les chiffres sont-ils disponibles?

M. VENIOT: Ils le sont, et je les ai à mon bureau. La *Canadian Medical Association* a tenu sa convention ici, il y a deux semaines, et ont les a produits. L'effectif de l'Association diminue toutefois, parce que plusieurs médecins font du service outre-mer. Les forces armées comptent actuellement 3,800 médecins qui, par conséquent, ne peuvent devenir membres actifs de la *Canadian Medical Association*. Cet état de choses existe depuis l'ouverture des hostilités. J'ajouterais avec le Dr Heagerty que depuis qu'il est question de l'assurance-santé nombre de médecins ont tenu à devenir membres de la *Canadian Medical Association*, désireux qu'ils étaient de se renseigner par l'entremise de cette Association sur les faits nouveaux relatifs à l'assurance-santé.

Un ou deux de ceux qui ont pris avant moi la parole ont mentionné l'opposition de la médecine au principe de l'assurance-santé; or, juste avant l'ouverture de la présente session du Parlement il m'a été donné de prendre la parole devant trois groupes de médecins dans le Nouveau-Brunswick, dont quelques-uns avaient fait connaître leur opposition au principe de l'assurance-santé. Ces derniers avaient l'impression que l'assurance-santé signifiait l'étatisation de la médecine, ce qui est tout différent. La médecine d'Etat veut dire la mobilisation par l'Etat de tous les médecins du pays, pour en faire des fonctionnaires à traitement fixe et les obliger à soigner les malades, soit que les malades viennent les consulter au bureau soit que les médecins aillent les soigner à domicile.

M. LOCKHART: La question a-t-elle été réglée?

M. VENIOT: Non, pas encore.

M. LOCKHART: Voilà le point.

M. VENIOT: Il faut le regretter.

M. LOCKHART: En effet.

M. VENIOT: Parce que j'avais clairement expliqué, pour ma part, à mes collègues du Nouveau-Brunswick la différence entre l'assurance-santé et la médecine d'Etat, ils sont entrés dans l'Association sur-le-champ. Ils ont compris

que le projet d'assurance-santé signifie non pas l'étatisation de la médecine, mais le meilleur service médical possible au plus grand nombre possible de Canadiens. C'est ce que préconise la *Canadian Medical Association*. Aucun médecin pratiquant ne trouverait avantage à exercer sa profession sous un régime d'assurance-santé, qu'il travaille à traitement ou à honoraires. Si on me paie par honoraires, il me faudra un comptable pour tenir mes comptes. Je ne puis les tenir, pour peu que je sois occupé. Pourquoi? Parce que chaque fois qu'un client se présente à mon bureau il faut le noter, et qu'à la fin de chaque mois toutes les notes pour services professionnels doivent être adressés en double ou triple exemplaire au gouvernement ou à la commission qui s'en occupe. Au lieu de me faire payer chaque jour les services que je donne, je dois attendre deux, trois, quatre semaines peut-être, le chèque de l'Etat. Ainsi, en ma qualité de médecin, je me vois privé...

M. BREITHAAPT: Peut-être pour toujours.

M. VENIOT: Peut-être pas pour toujours, mais je devrai attendre, tout comme nous devons attendre, les autres médecins et moi-même, dans les cas qui relèvent de la loi de réparation des accidents du travail. J'ai moi-même dû attendre certains paiements pendant deux ou trois mois.

M. BREITHAAPT: Cette loi est provinciale.

M. VENIOT: Parfaitement, mais le régime sera aussi d'ordre provincial. C'est ce qui explique qu'individuellement les médecins s'opposent à toute forme d'assurance-santé. Mais leur organisation, qui depuis des siècles cherche à améliorer la santé de la population, qui n'a jamais été mêlée dans des affaires véreuses,—elle ne partage certainement pas à cet égard la réputation attribuée à quelques autres,—leur organisation, dis-je, doit avoir son mot à dire en l'occurrence. Il nous faut nous protéger. Voici un exemple: je pourrais vous nommer par douzaines les médecins dont le revenu, pendant la crise, avait baissé à moins du tiers de ce qu'ils recevaient avant l'application du régime de l'assistance directe. Prenons mon propre cas. En 1933, mon revenu était de \$2,600 au lieu de \$12,000, et mes impôts, la même année, furent de \$628. J'ai donc dû travailler trois mois pour pouvoir exercer la médecine dans ma propre ville. Bien d'autres partagent mon sort, en fait, tous les médecins du Canada. Nous avons pensé, au Nouveau-Brunswick,—mieux vaut régler ce point dès maintenant,—qu'avec 250 médecins pratiquants, à une moyenne de \$3,000 par année, tant dans les campagnes que dans les villes, cela ferait un revenu annuel, pour les médecins, de \$750,000.

M. McIVOR: Soustraction faite des dépenses?

M. VENIOT: Non. Il s'agit du revenu brut. Durant la crise économique, il n'y eut pas un seul médecin qui n'ait fourni aux personnes secourues des soins pour \$3,000 au bas mot, sans en recevoir un seul sou. Ainsi les médecins de notre province, le Nouveau-Brunswick, ont donné directement à la population canadienne des services pour une valeur annuelle de \$750,000. Ceux donc qui, ici ou ailleurs, accusent les médecins de véreux en affaires, de saigner à blanc la population, font mentir les faits. Aucun médecin ici présent ne donne chaque année pour moins de mille dollars de soins professionnels sans en retirer même un sou. Je me sens donc justifiable de plaider la cause de la profession médicale et de répondre à ces accusations gratuites,—je devrais peut-être dire observations, et je suis content de profiter de l'occasion qui m'est offerte de faire une mise au point.

La *Canadian Medical Association* s'est occupée du projet d'assurance-santé et l'a étudié; elle est le seul organisme national du Canada qui ait compétence pour s'en occuper, parce que cette association se compose actuellement de neuf divisions; elle est un organisme national constitué en corporation par une loi du

Parlement, et comprenant neuf divisions, une pour chaque province. La Société médicale de la Colombie-Britannique est, pour une, devenue la division de la Colombie-Britannique de la *Canadian Medical Association*; tout membre de cette division est aussi membre de la société-mère. Chaque province a son représentant au conseil de la *Canadian Medical Association*; le conseil se compose d'un président, d'un secrétaire général, d'un trésorier, d'un préposé à la rédaction des articles, et des membres élus pour chaque province. L'Ontario, de même que le Québec, en ont deux à cause de leur importance numérique. Le conseil se réunit quatre fois par année. On y aborde tous les problèmes d'ordre national qui intéressent la profession médicale. Les problèmes d'ordre local sont du ressort des administrations provinciales qui étudient aussi toutes les questions provinciales. Toute question de portée nationale ressortit cependant à la *Canadian Medical Association* que l'on considère ici comme le porte-parole officiel de tous les médecins du pays, qu'ils soient ou ne soient pas membres de l'association. Un grand nombre de médecins résident en des endroits éloignés et c'est l'une des raisons pour lesquelles ils n'appartiennent pas à l'Association. Ils ne peuvent trouver le moyen d'assister aux réunions de l'organisme provincial.

M. HOWDEN: Très bien.

M. VENIOT: Il ne faut pas en conclure qu'ils se désintéressent des questions médicales. Un grand nombre de médecins ont aussi pris leur retraite. Environ 600 ou 700 médecins ont atteint un âge trop avancé pour exercer leur profession et sont par le fait même à leur retraite. Tout bien considéré, le Comité doit donc reconnaître la *Canadian Medical Association* comme le porte-parole naturel et logique des médecins canadiens.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Veniot.

M. JOHNSTON: Je ne partage pas sur ce point l'avis du docteur Veniot.

M. DONNELLY: Il le conteste.

M. JOHNSTON: En premier lieu parce qu'une revue médicale dont j'ai pris connaissance déclare—il s'agit d'un chiffre de l'an dernier et je ne veux pas être trop catégorique—que 28 p. 100 du nombre total des médecins canadiens appartiennent à la *Canadian Medical Association*. Il est inexact de dire, comme le docteur Veniot, qu'un grand nombre de médecins n'appartiennent pas à cette Association parce qu'ils résident dans des endroits éloignés à la campagne; j'ai en effet rencontré bien des médecins qui n'appartiennent pas à la *Canadian Medical Association* et qui cependant ne vivent pas dans des endroits éloignés ou dans la forêt. Je ne tente pas de dénigrer les médecins ou de faire quelque autre chose de ce genre. Des renseignements de cette nature doivent être conformes aux faits et s'appuyer sur des données officielles afin de ne pas induire les gens en erreur. Le Dr Veniot n'a pas raison de dire qu'il y a eu tentative de dénigrement, car à ma connaissance, aucun membre du Comité n'a péché de cette manière. Telle n'était certainement pas mon intention, ni celle de M. Wood, or nous avons été à peu près les seuls à y faire allusion. Si sa remarque me vise, je veux lui affirmer qu'il a bien tort.

M. McCANN: M. Johnston devrait consulter le dossier que la *Canadian Medical Association* a présenté au Comité l'an dernier, dossier où figure le nombre précis et nullement équivoque des médecins qui font partie de l'association. Bien plus, arrêtons-nous un instant à la situation qui existe aux Etats-Unis, où 9 p. 100 des médecins sont au service de l'Etat ou d'une division administrative de la médecine. Eu égard au nombre de médecins que nous avons au pays, une proportion égale de ceux-ci, puis-je dire, travaille pour l'Etat. Divers spécialistes sont, par exemple, au service de la Commission d'indemnisation, du ministère des Pensions et de la Santé nationale et des compagnies d'assurance. La *Canadian Medical Association* se compose de médecins pratiquants et l'on

peut fort bien prendre pour acquis que ceux qui occupent des postes administratifs ou s'emploient au service de l'Etat n'en font pas partie.

M. HATFIELD: Que dire des membres du Parlement?

M. McCANN: Je pratique la médecine depuis plusieurs années. Je continue d'exercer ma profession avec beaucoup d'activité, trop peut-être, et je suis en même temps, depuis des années, membre actif de la *Canadian Medical Association*. Puis-je signaler qu'un grand nombre de médecins de la province de Québec ne font pas partie de l'association précitée du seul fait qu'elle ne publie son journal qu'en anglais; certains d'entre eux cependant en font partie, mais plusieurs appartiennent à l'Association médicale de langue française, autre organisme qui s'est présenté au Comité l'an dernier et s'est prononcé en faveur du principe de l'assurance-santé. Il compte plus de 2,000 membres dans la province de Québec. Lorsque M. Johnston déclare que 20 p. 100 seulement des médecins du pays appartiennent à l'association, il contredit les faits et peut-être le fait-il en connaissance de cause.

M. JOHNSTON: Monsieur le président, le Dr McCann ne peut tenir ce langage.

M. McCANN: Il devrait le savoir.

M. JOHNSTON: Il ne fait qu'exprimer son opinion.

M. McCANN: J'exige que l'on respecte mes droits.

M. JOHNSTON: On vous accorde davantage.

M. McCANN: M. Johnston a formulé une déclaration qu'il serait contraire aux faits s'il s'était donné la peine de les examiner.

M. JOHNSTON: Cette déclaration est faite...

M. McCANN: Par qui? Que la déclaration soit déposée, je vous défie de la produire.

M. JOHNSTON: Déposez les chiffres officiels.

M. McCANN: Les chiffres de la *Canadian Medical Association* sont consignés et vous n'avez qu'à les lire, mais voilà, la moitié du temps vous ne consultez pas les documents et parlez à tort et à travers.

M. JOHNSTON: Ne me parlez pas de ce que je sais.

M. McCANN: Vous battez la campagne parce que vous ne consultez pas les documents; déposez vos sources de renseignements.

M. JOHNSTON: Vous ne jouissez pas du privilège de l'infaillibilité...

M. McCANN: Les documents sont là et chacun peut en prendre connaissance.

Le PRÉSIDENT: A l'ordre, s'il vous plaît.

M. McCANN: Les médecins qui font partie de l'Association et qui appuient le principe de l'assurance-santé constituent la grande majorité des membres de la profession; et n'oublions pas, monsieur le président, que ce programme d'assurance-santé n'a pas été demandé par la profession médicale, mais bien par la grande majorité de la population ouvrière, industrielle et agricole depuis plusieurs années, diverses régions du pays en avaient besoin. La situation des médecins serait beaucoup plus brillante sans l'assurance-santé, et l'étatisation de la médecine rendrait cette situation insupportable. Les médecins cependant, pour asquiescer à la demande de la grande majorité de la population canadienne ont décidé d'appuyer le principe et, à leurs dépens, ils veulent collaborer avec la population pour fournir à cette dernière l'occasion de bénéficier des grands avantages de la médecine à l'heure actuelle. A quelle difficulté s'est-on heurté depuis des années? La situation économique de la population de notre pays ne lui a pas permis de profiter des progrès énormes qu'a faits la médecine au cours du dernier siècle.

Il y a une lacune ici, et afin de combler cette lacune économique et de mettre ces avantages à la disposition de la grande majorité des habitants de

notre pays,—avantages dont ils n'ont pu profiter dans le passé,—les membres de la profession médicale ont déclaré que dans l'intérêt d'un système d'assurance-santé ils étaient prêts à mettre leurs ressources en commun et de faire profiter les habitants de notre pays des avantages de la médecine moderne.

Il est inutile de revenir sur ce que j'ai dit relativement aux contributions. Quantité de gens ne comprennent pas la différence qu'il y a entre l'assurance-santé et la médecine étatisée. J'ai donné une causerie à un certain nombre de médecins dans le but de leur expliquer ce qu'on entendait par assurance-santé et je leur en ai donné une définition que je vous lirai séance tenante: L'assurance-santé est un plan en vertu duquel le paiement de cotisations est effectué par un groupe de personnes raisonnablement homogène, ou en son nom, dans une caisse commune et les avantages de ces paiements sont répartis entre ces membres et à personne d'autre à certaines conditions définies; ils sont distribués aux malades en argent dont ils pourront se servir pour acheter des services, ou en nature, sous forme de services médicaux gratuits. Au cours des âges on a toujours suivi ce principe. Prenez le cas des corporations qui ont existé à un moment donné dans la mère patrie, et des corporations européennes d'autrefois. Que faisaient-elles? Elles versaient des cotisations dans une caisse commune, et les avantages découlant de ces paiements étaient distribués aux membres qui contribuaient à la caisse et à personne d'autre. Les contributeurs en bénéficiaient pécuniairement à certaines conditions définies, et dans bien des cas ces fonds étaient versés dans une caisse d'assurance. Un homme qui était malade recevait un montant déterminé par semaine pendant sa maladie et avec l'argent qu'il recevait de la caisse commune, il payait les soins médicaux dont il avait besoin. Dans d'autres cas, ces prestations lui étaient accordées en nature ou sous forme de services médicaux gratuits. Voilà le genre de système qu'on a l'intention d'établir dans notre pays; ce système comportera des cotisations de la part de tous et ce sont les contributeurs qui toucheront les prestations en nature.

M. BRUCE: Je me suis procuré un exemplaire du compte rendu des témoignages du Comité de la sécurité sociale, qui renferme les dépositions entendues le 6 avril 1943, lorsque le Dr Routley a comparu devant ce Comité au nom de la *Canadian Medical Association*. Dans son exposé il a dit qu'il y avait environ 10,600 médecins au Canada, dont 8,500 étaient de langue anglaise et environ 2,100 de langue française. Sur ce nombre la *Canadian Medical Association* compte 6,388 membres dont 300 sont de langue française. Or si vous établissez la proportion et si vous soustrayez les membres de langue française du total des membres vous verrez qu'environ 75 p. 100 des médecins font partie de l'Association, et les chiffres ne sont pas tels que l'a déclaré M. Johnston.

M. JOHNSTON: Pourquoi soustrayez-vous le nombre de membres de langue française?

M. BRUCE: Parce qu'ils ne sont pas membres. On a expliqué que l'Association publie son journal en anglais. C'est une publication fort dispendieuse et actuellement elle n'est imprimée qu'en anglais, mais on a l'intention de la publier un jour en français, et j'espère que ce jour n'est pas trop éloigné. Actuellement ce journal n'est pas publié à l'intention des Canadiens de langue française et les médecins canadiens-français ont leur propre association dans la province de Québec. Cette dernière a également comparu devant ce Comité et elle a appuyé l'attitude prise par la *Canadian Medical Association*.

M. JOHNSTON: Naturellement, il n'est pas juste, même dans ces conditions, d'exclure tous les médecins de langue française, parce que lorsque nous parlons de médecins au Canada nous comprenons également les médecins de langue française du Québec.

M. BRUCE: Je n'exclus pas les médecins de langue française; nous nous sommes entendus à ce sujet; vous interprétez mal mes paroles.

M. JOHNSTON: Ils ne font pas partie, si je comprends bien, de la *Canadian Medical Association*.

M. BRUCE: Non, ils sont membres de l'Association médicale du Québec, mais ils appuient l'attitude de la *Canadian Medical Association*.

M. JOHNSTON: Voici ma question: Quelle est la proportion des médecins canadiens qui font partie de la *Canadian Medical Association*?

M. BRUCE: Même si je comprends les médecins de langue française au Canada vous obtenez un total de 10,600 et comme l'Association compte 6,388 membres vous obtenez un pourcentage qui dépasse 50 p. 100.

M. JOHNSTON: Je croyais vous avoir entendu dire que ces chiffres n'étaient qu'approximatifs.

M. BRUCE: Non, il ne s'agit pas de chiffres approximatifs, mais bien de chiffres exacts; environ 60 p. 100 des médecins sont membres de la *Canadian Medical Association*.

M. JOHNSTON: Ne s'agit-il pas là d'une approximation?

Le PRÉSIDENT: Je vous ferai remarquer qu'il y a un an un représentant de l'Association médicale du Québec a comparu devant ce Comité et a déclaré que l'association approuvait ce plan.

M. DONNELLY: Combien de médecins cette association représente-t-elle?

Le PRÉSIDENT: Trois mille.

M. LOCKHART: Je désire voter d'une façon intelligente sur toute résolution qui sera présentée, et j'aimerais que M. Fulford nous explique les objections des médecins des deux comtés en question. Ils se sont opposés catégoriquement, si je me rappelle bien sa déclaration, aux contributions obligatoires dans le cas d'un système d'assurance-santé.

M. FULFORD: J'ai pris la parole parce que je me sentais obligé de prendre cette attitude après avoir reçu cette résolution des associations médicales des comtés de Leeds et de Grenville; j'ai cru qu'il était de mon devoir de soumettre la question à l'assemblée. J'ajouterai que j'ai envoyé à mes frais un exemplaire du rapport Heagerty aux médecins du comté de Leeds, afin qu'ils aient une idée de ce qu'on entend par l'assurance-santé. J'ai causé privément avec des médecins de ma circonscription, des médecins de la campagne aussi bien que des médecins exerçant en ville. Il se peut, comme le Dr Veniot et le Dr McCann l'ont expliqué, qu'ils ne soient pas bien renseignés au sujet du plan actuel, bien que je ne compte pas comment ils ne le soient pas, puisque la *Canadian Medical Association* membres de cette Association. La résolution qu'on m'a adressée portait la signature du président de Association. Elle se lit comme suit:

A la dernière assemblée régulière de l'Association médicale d'Ontario, succursale de Leeds et Grenville, tenue à Brockville le 21 janvier, il a été adopté à l'unanimité une résolution conçue dans les termes suivants:

Les membres de cette société s'opposent au plan d'assurance-santé proposé par le gouvernement fédéral.

M. FULFORD: Je suis en faveur du régime d'assurance-santé contributoire.

M. LOCKHART: Nous avons entendu parler d'une résolution adoptée, comme M. Fulford l'a dit, par les médecins de deux comtés progressistes de cette province, et je crois que nous devrions posséder ces renseignements afin de pouvoir voter intelligemment sur une résolution qui a trait à ce plan.

Le PRÉSIDENT: L'Association médicale n'a saisi le Comité d'aucune résolution.

M. JOHNSTON: Je croyais que vous alliez attendre que M. Fulford nous présente sa résolution.

Le PRÉSIDENT: Voici la motion dont le Comité est saisi: "Que le Comité adopte le principe d'un projet d'assurance-santé en partie contributoire". La motion est-elle adoptée?

La motion est adoptée.

M. LOCKHART: Je ne puis voter de façon intelligente avant d'obtenir ce renseignement.

M. JOHNSTON: Nous n'avons pas tous les renseignements. Je pense que nous devrions attendre.

M. CÔTÉ: Avant de représenter au Comité la motion que j'ai retirée, il y a un point qui doit être éclairci. Je suis en faveur de permettre aux provinces de se charger de recueillir \$12 par adulte dans leurs territoires respectifs. Cependant, d'après l'article 6 de l'avant-projet, en page 13, j'ai l'impression que les provinces ne seront pas autorisées d'elles-mêmes à faire une remise ou une réduction de cette contribution uniforme de \$12; il leur faudra attendre que le contributeur ait demandé une telle réduction ou remise et ait clairement établi qu'il est incapable de verser sa contribution de \$12. Je laisserais la chose à la discrétion des provinces, leur accordant toute la latitude voulue d'apporter une modification à cette contribution uniforme de \$12 pour les adultes du moment qu'elle fera entrer dans la caisse de l'assurance-santé le montant total de 100 millions de dollars qui représente les deux cinquièmes du coût total de l'assurance-santé. Elles devraient, ce me semble, avoir une certaine latitude leur permettant d'intervenir elles-mêmes et de leur propre initiative, et de dresser peut-être une échelle de contributions. Cela pourrait permettre d'adopter les vues du Dr Howden et de quelques autres membres qui croient que la somme de \$10 par tête serait plus équitable. Je laisserais la chose entièrement à la discrétion des provinces. Elles devraient discuter cette question au cours de la prochaine conférence et nous ne devrions pas y toucher avant la tenue de cette conférence.

Le PRÉSIDENT: Je pense qu'on aimerait nous voir exprimer une opinion, à titre d'information.

M. CÔTÉ: Je suis d'avis que le Comité devrait s'entendre sur la base de \$12 par adulte, mais aussi qu'on laisse aux provinces toute la latitude possible à ce sujet, du moment qu'elles pourront recueillir le montant total de 100 millions de dollars que la caisse d'assurance-santé s'attend d'obtenir au moyen des contributions versées à l'organisme provincial. Voilà pourquoi je voudrais modifier légèrement la motion que j'ai d'abord proposée et ajouter que cette discussion soit laissée aux provinces dans la mesure où il s'agit de fixer le taux uniforme de la contribution, et, naturellement, je proposerais d'abolir toutes les autres contributions directes à être imposées par les autorités fédérales, laissant au fond du revenu consolidé le soins de fournir les 150 millions de dollars requis en plus des 100 millions de dollars.

M. BRUCE: Monsieur le président, j'ai pu trouver l'expression de l'attitude des médecins de langue française et on me permettra peut-être de l'exposer aux membres du Comité. On trouve cette attitude définie dans le fascicule de notre Comité, séance du 6 avril 1943. A ce moment-là le docteur Léon Gérin-Lajoie, de l'Université de Montréal, rendait témoignage. Il était autorisé à comparaître comme témoin devant le Comité par des lettres dont voici le texte:

FÉDÉRATION DES SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Docteur Léon Gérin-Lajoie,
1414, rue Drummond,
Montréal, Qué.

La Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec, représentant 28 sociétés médicales (environ 2,000 membres) a constitué, avec le Collège

des Médecins et Chirurgiens et la *Canadian Medical Association*, un Comité spécial pour étudier le plan d'Assurance-Santé, actuellement devant la Chambre des communes fédérale.

Monsieur le docteur Léon Gérin-Lajoie est un des membres de ce comité à qui nous avons confié le soin de défendre nos intérêts.

Dr A.-M. CHOLETTE,
Président de la Fédération des Sociétés Médicales.

LE COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE
DE QUÉBEC

MONTRÉAL, le 5 avril 1943.

Docteur Léon Gérin-Lajoie,
1414, rue Drummond,
Montréal.
Mon cher docteur,

Le Comité conjoint, dont vous êtes un des membres et qui se compose de représentants du Collège des Médecins et Chirurgiens, de la Fédération des Sociétés médicales de la province et de la division de Québec, de l'Association médicale canadienne, a étudié la question de l'Assurance-Santé et en est venu aux conclusions que vous connaissez.

C'est pourquoi je vous prie, lorsque la discussion de ces conclusions aura lieu à Ottawa, devant le Comité parlementaire pour l'étude du plan d'Assurance-Santé, de vouloir bien représenter le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

Espérant que vous pourrez nous rendre ce service, je vous prie de me croire, cher docteur,

Votre tout dévoué,

Dr J.-E. DESROCHERS,
Président.

J'aimerais citer ici une phrase que je trouve à la page 164 de la version française:

Nous croyons donc que la profession médicale de la province, par l'organe de ses représentants ici présents et de moi-même en particulier, approuve deux fois ce mémoire, par l'intermédiaire de la Fédération et du Collège.

M. McIVOR: J'ai cru qu'on proposerait des amendements à ce plan d'assurance-santé et j'en ai reçu un cette semaine de la part des *Christian Scientists*. D'après ce texte ils consentent à faire leur part de contribution et ils sont également prêts à soumettre leurs malades au diagnostic des médecins et, dans le cas où la maladie serait découverte, à recevoir des traitements conformément à la coutume établie et à l'usage en honneur dans la *Christian Science*. Ils consentent à payer les contributions et à se soumettre au diagnostic d'un médecin. Ils veulent bien verser leurs contributions, mais ils exigent être traités par leurs propres praticiens qui recevront les honoraires. J'aimerais qu'on étudie cette question, bien que je ne sois pas un *Christian Scientist* ni un médecin.

Le PRÉSIDENT: La question sera étudiée lorsque nous discuterons les articles du projet de loi, puis on pourrait la renvoyer aux provinces.

M. HOWDEN: J'aimerais entendre la lecture du texte de la motion de M. Côté.

M. CÔTÉ: Il me sera peut-être difficile de rédiger cette motion de façon satisfaisante. Je voudrais proposer qu'un taux uniforme de contribution, que

nous soumettrons aux provinces, soit fixé sur la base de \$12 par adulte par année, laissant aux provinces le droit de modifier ce taux de base sans modifier le montant total que l'on s'attend de recevoir au moyen de ce taux uniforme de \$12 par tête.

Je ne sais pas si le Comité comprend bien ce que je veux dire. C'est la deuxième partie de la motion. Il serait peut-être préférable de proposer une autre motion plus tard.

Le PRÉSIDENT: Il s'agit d'exprimer l'opinion du Comité: de l'avis du Comité, le taux de base devrait être de \$12 pour les adultes et les provinces devraient être libres de modifier ou ajuster ce taux.

M. CÔTÉ: Et puis la dernière partie est importante, parce qu'aux termes de l'avant-projet les provinces n'ont aucun pouvoir discrétionnaire à moins que le particulier ne fasse une demande spéciale à cet effet. L'article est ainsi conçu: "Lorsque le revenu d'un contributeur est inférieur à un montant prescrit, la contribution autrement exigible de lui en vertu de l'article cinq de la présente loi peut, sur demande, être réduite du montant que la Commission détermine en conformité des règlements prescrits".

M. DONNELLY: J'ai mentionné le cas d'une municipalité de l'Ouest où il faudrait percevoir d'une population de 700 personnes une somme de \$8,400. On ne peut percevoir des individus que \$12 par tête et la municipalité peut percevoir le reste sous forme de taxe pourvu que le montant de \$8,400 soit fourni, et la province peut permettre à la municipalité de prélever ce montant en taxes directes sur la terre ou autrement.

M. CÔTÉ: Cette motion découle de celle du Dr Bruce qui a été adoptée. Il s'agit d'un projet d'assurance-santé, et, par conséquent, les provinces devraient pouvoir éviter toute taxe directe pour ladite assurance, et imputer le tout sur le fonds du revenu consolidé ou du revenu général. C'est-à-dire, les provinces, si elles le veulent, devraient être libres de réduire la contribution par tête; quelques-uns paieraient plus de \$12 et d'autres moins.

M. HOWDEN: Pourvu que la province paye \$12 en moyenne.

M. CÔTÉ: C'est bien cela; \$12 en moyenne.

Le Dr HEAGERTY: Le présent bill ne dit pas que la province devra verser \$100,000, mais bien \$12 par tête. Si vous spécifiez \$100,000 par année, vous verrez...

M. CÔTÉ: \$100,000,000.

Le Dr HEAGERTY: Oui, \$100,000,000. Si vous spécifiez \$100,000,000 par année, peut-être le Dominion devra-t-il augmenter sa contribution à mesure qu'augmentera la population.

M. CÔTÉ: J'ai intentionnellement évité de mentionner cette somme de 100 millions. C'est pourquoi je dis que tant que les provinces fourniront un montant représentant \$12 par adulte, ce devrait être satisfaisant.

M. GUNN: Monsieur le président, permettez-moi à ce ce sujet la remarque suivante. Je crois que le cas est entièrement prévu dans l'article 4, paragraphe (1) de la loi fédérale.

L'hon. M. BRUCE: De quelle page s'agit-il?

Le PRÉSIDENT: De la page 12.

M. GUNN: De la page 3 de la loi fédérale.

Le PRÉSIDENT: Ah! oui.

comprends bien, n'est pas imposée aux provinces d'une façon définitive. Cette proposition est appuyée par les mots de l'article 4 que je vais citer avec votre permission, monsieur le président:

M. GUNN: Cette disposition du projet de loi n'est qu'un brouillon et, si je

Les dispositions statutaires concernant l'assurance-santé doivent être conçues de manière à prévoir des prestations d'assurance-santé d'après les types, dans les conditions et pour les personnes que mentionne l'"Avant-projet de loi sur l'assurance-santé" dans la Deuxième Annexe de la présente loi..."

et voici les mots importants:

...ou sensiblement dans les termes susdits.

D'après moi, conformément à ce texte, peu importe comment la province perçoit les fonds. Peut-être, au lieu de \$12 par tête, exigera-t-on \$10, \$8 ou \$6 pourvu que le montant sur une base de \$12 soit perçu.

M. CÔTÉ: C'est exactement le point que je désirais soulever.

Le PRÉSIDENT: Le Comité désire-t-il remettre à plus tard sa décision à ce sujet? Peut-être obtiendrons-nous d'autres renseignements dans l'intervalle. Le ministre est forcément absent aujourd'hui, et je crois qu'il vaut mieux réserver la question.

M. DONNELLY: Il est une heure. Je propose l'ajournement.

M. BREITHAAPT: Je mentionnerai que les journaux annoncent une conférence fédérale-provinciale sur la question.

Le PRÉSIDENT: En effet.

M. BREITHAAPT: J'ai deux questions à poser. Le président sait-il quand cette conférence aura lieu et, lorsqu'elle sera tenue, les membres du Comité auront-ils le privilège d'assister aux séances?

Le PRÉSIDENT: J'ignore la date de la conférence, mais je crois que les membres du Comité auront le privilège d'être présents, et de prendre part à la discussion.

L'hon. M. BRUCE: La conférence n'aura pas lieu durant les vacances?

Le PRÉSIDENT: Non.

M. JOHNSTON: Avant l'ajournement, puis-je demander si le président du Comité a reçu des lettres d'individus ou d'organismes au sujet de la présentation de mémoires ou d'une audition devant le Comité?

Le PRÉSIDENT: Avant votre arrivée, monsieur Johnston, M. Wright a soumis un mémoire au nom d'un certain organisme. C'est tout. Nous avons reçu des lettres venant d'individus mais non d'organismes.

M. JOHNSTON: Avez-vous dit de gens qui ne représentent pas des organismes?

Le PRÉSIDENT: D'individus, non d'organismes.

M. JOHNSTON: Ces lettres seront-elles soumises au Comité?

Le PRÉSIDENT: Non, à moins qu'elles ne soient pratiques. Quelques-unes sont plutôt singulières et n'intéresseront pas le Comité, à mon avis.

L'hon. M. BRUCE: Puis-je dire un mot sur le rapport soumis le 23 juillet 1943, soit le quatrième rapport du Comité dont je cite l'article 2:

En vue de fournir ces renseignements, les fonctionnaires compétents des ministères intéressés devraient recevoir instructions de se rendre auprès des autorités provinciales pour les renseigner sur tous les détails du projet de loi.

Je me demande si l'on pourrait profiter des vacances de Pâques pour permettre à ces gens de faire le voyage.

M. WOOD: Monsieur le président, je désire revenir sur la question de M. McIvor concernant les *Christian Scientists*. Ces gens réclament l'exemption

et sont prêts à accepter un compromis, comme a dit M. McIvor: Je suis d'avis, personnellement, que s'ils désirent une exemption, on devrait la leur accorder.

Le PRÉSIDENT: Ils n'ont que répété leurs représentations de l'an dernier.

M. WOOD: C'est ce qu'ils ont l'intention de faire prochainement.

Le PRÉSIDENT: Ils n'ont présenté aucune demande.

M. WOOD: Cela s'applique bien à la résolution qu'a soumise M. Côté.

Le PRÉSIDENT: Ne pourrait-on pas discuter le point lorsque la résolution sera à l'étude?

M. MACINNIS: S'ils n'ont pas demandé d'exemption aux termes de la loi, cela n'atteint pas les clauses financières.

M. WOOD: Je crois que, d'après la législation provinciale qu'on vient d'adopter à l'Assemblée législative d'Ontario, ils jouissent de l'exemption, et je suis porté à croire qu'il en est de même dans votre propre province.

M. MACINNIS: Je n'en sais rien.

M. WOOD: Je possède le renseignement. C'est d'une grande importance pour moi. J'estime qu'il faut respecter toutes les convictions religieuses.

Le PRÉSIDENT: Si l'on nous fait des représentations, nous pourrions en discuter, mais nous ne pouvons pas en débattre aujourd'hui.

M. JOHNSTON: N'est-il pas vrai que le cas a été discuté avec le Dr Heagerty?

Le Dr HEAGERTY: Oui, nous avons eu quelques entretiens, et j'ai fait rapport. De plus, j'ai reçu une communication par téléphone de la part de M. Fulton, celui-là même qui présenta le mémoire au Comité. C'est votre Comité qui doit étudier cette question; et non pas le comité consultatif, parce que nous agissons simplement sous vos ordres et que nous ne pouvons nous en occuper avant votre décision. Je dois noter toutefois qu'une réunion conjointe des ministres et sous-ministres de la Santé se tiendra ici à Ottawa les 10, 11 et 12 mai, pour étudier les détails du bill. On pourrait sans doute alors mettre la question à l'étude.

L'hon. M. BRUCE: Cela me semble juste.

M. WRIGHT: A propos du mémoire que j'ai soumis, si les membres du Comité, en le lisant, désirent obtenir plus amples informations, je crois que le Dr Mitchell, du laboratoire des recherches sur les maladies des animaux, à Hull, sera à votre disposition.

Le PRÉSIDENT: Oui, c'est ce qu'il a dit dans sa lettre.

Le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

APPENDICE "A"

Mémoire préparé par le Conseil fédéral des médecins-vétérinaires, à présenter au Comité national d'assurance-santé.

Le rapport du comité consultatif sur l'assurance-santé a suscité un grand intérêt et soulevé de vives discussions, non seulement dans les groupes professionnels intéressés, mais aussi parmi le public. La discussion a surtout porté sur le mode de fonctionnement, la composition des comités et sur la question de savoir si la direction devait en être ou non assumée par les ministères provinciaux de la Santé publique ou par des comités nommés indépendamment de ces ministères. Un groupe, semble-t-il, estime que la majorité des membres des comités devraient être des diplômés en médecine, puisqu'ils sont les plus aptes à déterminer quels genres de services seront le plus utiles aux assurés. D'autres organisations, parmi les ouvriers et les cultivateurs, prétendent au contraire que les profanes, puisqu'ils acquittent les frais du service et qu'ils sont le plus grand nombre, devraient composer la majorité de tout comité afférent au projet proposé. Ces points ont leur importance et influenceront sans doute grandement sur le succès ou la faillite du projet, mais il se peut que de telles discussions obscurcissent les questions qui sont vraiment capitales.

Une revue du rapport démontre qu'il couvre bien le sujet; il étudie longuement l'administration, le financement, l'étendue et les prestations; il passe en revue les systèmes des autres pays et fournit d'intéressantes statistiques. L'avant-propos mentionne spécifiquement les maladies qui demandent attention immédiate, telle la tuberculose, à propos de quoi il dit: "Le contrôle dépend d'un service préventif complet, en même temps que du traitement gratuit de toute personne vivant au Canada." Sous la rubrique: "Maladies contagieuses", il souligne le fait que: "En général, la santé des populations rurales ne se compare pas avantageusement avec celle des populations urbaines. Un des grands besoins de l'heure présente, c'est l'établissement, le maintien et l'extension des services locaux de santé publique. Depuis leur fondation dans la province de Québec, en 1926, les unités sanitaires ont réduit de moitié le nombre des cas de mortalité infantile et réduit aussi d'environ quarante pour cent l'incidence des cas de tuberculose et autres maladies contagieuses. L'expansion des services locaux d'hygiène publique à travers les districts ruraux auraient pour effet immédiat de réduire les cas de maladie et de mortalité résultant de maladies contagieuses, comme aussi les cas de mortalités maternelles ou infantiles. Le principal obstacle à l'adoption de services d'hygiène publique dans les régions rurales, c'est le manque de connaissance et le manque aussi de fonds; et, à moins qu'on apporte aide financière, il est douteux que ces services puissent être établis."

Les brillants résultats obtenus par les provinces qui ont institué des unités sanitaires servent à démontrer que les sommes consacrées par les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux à la création de telles unités représentent le meilleur placement possible.

Dans une étude préparée par la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, nous trouvons le passage suivant relatif aux services locaux de santé:

Les services locaux sont le chaînon le plus faible de l'organisation canadienne de la santé publique. Les organisations politiques existantes du gouvernement local sont souvent absolument inaptes comme telles à s'occuper d'hygiène. Plusieurs d'entre elles sont trop restreintes pour financer une surveillance continue de la santé publique. Leur personnel, quand il en existe, consiste de médecins hygiénistes qui donnent une partie

de leur temps et sont sans aucun doute de bons médecins, mais manquent de connaissances dans le domaine de l'hygiène publique. De plus, étant donné leurs intérêts personnels, ils se trouvent paralysés en quelque sorte dans l'application de la loi. Les inspecteurs d'hygiène travaillant de façon discontinue manquent d'ordinaire de toute formation scientifique. De tels personnels ne peuvent donner suite aux réalisations de la science dans le sens de la protection de la santé publique. De plus, de grandes étendues du pays sont privées de tout service sanitaire. Ces contrées sont trop pauvres pour attirer chez elles des médecins ou mettre sur pied des services municipaux.

Quiconque est au courant des conditions d'hygiène qui touchent de près le cultivateur ou l'habitant des campagnes, et auxquelles est largement imputable le piètre état de santé de ces gens est déçu de constater que personne n'ait recommandé l'établissement d'un service d'hygiène public dont puisse bénéficier cette classe de la société. Bien que, en effet, le plus important côté de l'hygiène publique pour l'habitant des campagnes soit la lutte contre les maladies communes à l'homme et aux animaux inférieurs, il n'en a même pas été fait mention.

Travaux de recherche

Il est intéressant de relever que sur un total de dix affections qui doivent faire l'objet d'une étude complémentaire, six sont des maladies communes à l'homme et aux animaux, domestiques ou sauvages, et, cela va de soi, atteignent les gens de la campagne plutôt que les citadins.

Jusqu'ici on s'est surtout préoccupé de la santé du travailleur industriel. On conseille de surveiller dorénavant la salubrité des lieux qu'il fréquente et d'améliorer les services médicaux et les soins d'infirmières de même que tous les facteurs influant sur la santé et le bien-être des ouvriers. On recommande de porter une attention spéciale aux plans de construction des maisons du point de vue hygiénique. La division industrielle de la Ligue d'hygiène du Canada a élaboré un projet approuvé par le gouvernement fédéral et destiné à l'amélioration de la santé de l'ouvrier d'usine afin de réduire au minimum les pertes de jours, d'argent et de rendement causées par la maladie. Il est reconnu que, chaque jour, cinquante mille employés industriels au Canada ne peuvent aller à leur travail pour cause de maladie et que le chiffre quotidien des employés retenus à la maison par la maladie est de deux cent mille pour tout le Dominion. Les autorités de l'hygiène industrielle ont constaté que ces pertes dues à des maladies qui peuvent être prévenues coûtent annuellement aux ouvriers la somme de 135 millions de dollars, tandis que l'employeur perd une fois et demie ce montant d'argent. Les efforts que fait la Ligue d'hygiène sont admirables et personne n'oserait refuser à un travailleur industriel la protection qui pourrait lui être accordée; mais il faut reconnaître que chaque métier comporte ses dangers et le rapport de l'assurance-santé démontre que l'agriculture n'en est pas exempte.

Le rapport établit que les décès chez les Canadiens de sexe masculin sont sensiblement plus nombreux au sein de la classe agricole et que près de la moitié de ces décès sont survenus entre 55 et 64 ans. Ces chiffres sont fort significatifs quand on sait que la population agricole du Canada représente 30.8 p. 100 de la population totale et 70 p. 100 de la population rurale. Cette constatation prouve clairement que l'agriculteur est exposé à des dangers qui, pour n'être pas aussi apparents que ceux inhérents à l'industrie, n'en sont pas moins réels et méritent une prompt attention si l'on veut que le cultivateur profite de tous les avantages qu'offre le projet d'assurance-santé.

Comme nous l'avons dit déjà, un problème qui a son importance est l'enrayement des maladies animales transmissibles à l'homme et, bien que cet aspect de l'hygiène publique soit connu, on n'a tenté aucun effort dans le passé

pour remédier aux conditions déplorables existantes. Il est regrettable que le contrôle des maladies animales n'ait été examiné qu'au point de vue économique, à tel point que, durant les années de crise, alors que les prix s'étaient affaîssés, on a laissé ces maladies se propager avec le résultat qu'aujourd'hui elles se sont fermement établies au sein de nos troupeaux et qu'il est extrêmement difficile de les enrayer. Plusieurs de ces maladies sont facilement transmissibles à l'homme, ce qui présente un problème d'hygiène dont on ne semble pas réaliser toute l'ampleur.

Sans amoindrir l'importance de la tuberculose bovine qui, selon les experts, est responsable de près de 75 p. 100 des infirmités infantiles, il convient d'affirmer que d'autres maladies se transmettent encore plus facilement à l'homme et peuvent amener des conditions aussi graves.

Nous soutenons que toute "Unité sanitaire" doit, pour être efficace, comprendre un vétérinaire. Pour l'inspection de la viande, du beurre et du lait, il est, grâce à ses études spéciales, le seul homme de profession doué de la compétence voulue pour accomplir ce travail. Plus de 70 maladies animales sont transmissibles à l'homme et plusieurs d'entre elles sévissent au sein des troupeaux canadiens, comme l'avortement infectieux des bovins, l'érysipèle des porcs, les infections du pis des vaches laitières, l'encéphalomyélite, la trichinose, la chorioméningite lymphocytaire, la cysyticerque et la tuberculose bovine. Comme les agents qui causent ces infections ont leurs foyers dans les animaux, il va de soi que le rôle du vétérinaire a son importance dans tout projet d'hygiène publique appelé à étudier ces conditions physiques. Ce serait le comble de la folie que d'organiser une unité sanitaire dans les campagnes, d'employer des médecins, des gardes-malades et des inspecteurs sanitaires au centre même des sources éventuelles d'infection que sont les maladies des animaux.

L'avortement infectieux des bovins et la fièvre ondulante chez l'homme

Depuis vingt ans, on a reconnu que cette maladie tombait directement sous la surveillance des services d'hygiène publique et quelques provinces ont tenté de sérieux efforts pour l'enrayer quoique, dans la plupart des cas, on ait surtout tenu compte du côté économique. Ce problème relève tellement de l'hygiène publique qu'en Saskatchewan, l'examen de quelque douze mille échantillons de sang humain prélevés dans les hôpitaux pour le test de la syphilis a donné des réactions indiquant infection par l'organisme de l'avortement dans 4.34 p. 100 des cas. Des médecins ont soumis 1,022 échantillons de sang de patients soupçonnés d'avoir la maladie et le nombre des individus infectés était de 67, c'est-à-dire 6.5 p. 100. Après adoption d'un projet autorisant les conseils municipaux à soumettre à l'examen le lait naturel des vaches laitières, on a réussi à abaisser la fréquence d'infection des troupeaux de 5.68 p. 100 à 2.58 p. 100. Il est intéressant de noter que la fréquence de la maladie chez l'homme, telle que la relève des tests du sang pratiqués au hasard, n'était que légèrement inférieure à celle du bétail. De plus, bien que les échantillons de sang pris chez les habitants des campagnes eussent été en proportion moindre, les cas d'infections chez ces gens étaient en majorité. L'examen du lait de 60 vaches contaminées a révélé que 70 p. 100 de ces animaux répandaient les microbes organiques de la maladie, constamment ou par intervalles durant leur période de lactation.

On a constaté en Ontario que 119 cas sur 136 avaient été signalés chez des travailleurs de ferme ou de laiterie et chez les résidents des centres ruraux. Lors de l'examen, on avait constaté l'infection chez les êtres humains dans 38 circonscriptions sur 44. L'examen du lait de 102 vaches contaminées a indiqué la présence du *Br. abortus* dans le lait chez la moitié du bétail et le pourcentage aurait été indubitablement plus élevé si les tests avaient été répétés.

La pasteurisation protège l'habitant des villes à condition que tout le lait et tous les produits du lait soient pasteurisés, mais l'habitant des campagnes est exposé au danger, de sorte que le problème exige la surveillance du vétérinaire.

L'influenza porcine

Plusieurs autorités médicales admettent qu'il existe une relation étroite entre cette maladie et l'influenza propre à l'homme. En dehors de toute considération économique, il importe de tenter tous les efforts pour empêcher la propagation et la virulence des épizooties ou enzooties de la maladie et de poursuivre les recherches devant servir à élucider certains aspects de cette maladie épidémique à cause des dangers d'infection pour l'homme.

L'érysipèle porcine

Il ne fait aucun doute que l'érysipèle porcine se propage dans certaines provinces où cette maladie suscite déjà un grand problème. Comme l'homme peut en être infecté et souffrir du ténia, cette maladie doit être ajoutée à celles mentionnées sur la liste de l'hygiène publique. Dans les pays d'Europe, les infections chez les êtres humains sont communes. On en a déjà constaté quelques cas au Canada et l'analyse du sang humain laisse voir que d'autres cas n'ont pas été reconnus. Chez le porc, l'organisme a une tendance prononcée à se localiser dans les articulations, et en raison de l'augmentation de cette infection chez cet animal, il semble qu'il y ait lieu d'étudier les rapports qui peuvent exister entre elle et quelques cas d'arthrite chez des êtres humains.

La tuberculose

Malgré les efforts infatigables de la Division fédérale de l'hygiène des animaux, il y a encore bien des troupeaux qui n'ont pas subi l'épreuve nécessaire afin de déceler cette maladie, et chez les enfants des campagnes il se produit encore des cas de tuberculose d'origine bovine. Cela est d'autant plus regrettable qu'il existe des méthodes d'enrayement qui ont été reconnues et mises en pratiques depuis bien des années. Ce sujet a été tellement débattu, oralement et par écrit, qu'il n'y a pas lieu d'insister davantage sous ce rapport.

L'encéphalomyélite du cheval et l'encéphalite de l'homme.

La première explosion grave d'encéphalomyélite du cheval a éclaté dans l'Ouest canadien au cours de l'été de 1935; la maladie a également récidivé en 1937, 1938 et 1940. Dans la seule province de la Saskatchewan, 15,000 chevaux sont morts au cours de l'épizootie de 1938. Au cours de cette période, les médecins ont constaté une augmentation dans les cas d'encéphalite humaine. En 1939, dans la Saskatchewan, on isola de cerveaux humains le virus du cheval et plus tard on le trouva dans le liquide céphalo-rachidien des êtres humains en Alberta; en outre on confirma l'identité des deux virus au Manitoba et en Colombie-Britannique. En 1940, une grave épidémie se déclara chez les êtres humains. En Saskatchewan, la province la plus sérieusement atteinte, il y avait 650 cas. Cette épidémie avait été précédée d'une grave incidence chez les chevaux, et encore une fois on établit la preuve que le virus du cheval était en cause. Comme le foyer latent d'infection entre les récidives n'a pas encore été repéré, il est nécessaire d'assurer une collaboration intime entre tous ceux qui s'occupent des différents aspects de la maladie.

Les maladies dont il a été fait mention sont loin de couvrir tout le champ des maladies communes à l'homme et aux animaux, et ce problème, qui est déjà important, prend des proportions plus vastes tous les ans, à mesure que de nouvelles maladies s'ajoutent à la liste. Il est évidemment de la plus haute importance d'assurer une collaboration plus étroite entre ceux qui s'occupent

des maladies de l'homme et ceux qui s'intéressent aux maladies des animaux. Si l'on ne réussit pas à assurer une telle collaboration, les initiatives en matière d'hygiène publique ne pourront atteindre le but visé.

Approvisionnement de viande

On a dit beaucoup de choses en ce qui concerne l'avenir, lorsque tous les peuples auront de la nourriture en abondance, et l'on a beaucoup écrit au sujet des régimes alimentaires bien équilibrés afin que personne ne meure de faim par ignorance, mais on ne s'est guère préoccupé de la qualité des aliments qui abondent. Sans doute, le diététicien ainsi que ceux qui promettent une nourriture plus abondante et une meilleure santé ont abouti à la conclusion que tous les aliments mis sur le marché seront sains. Malheureusement, une telle conclusion n'est pas justifiée, et jusqu'à ce qu'elle le soit, et que l'on ait pris les moyens nécessaires à cette fin, le régime projeté de santé publique sera édifié sur des bases chancelantes. L'examen des conditions existantes en tant qu'elles ont trait à la préparation et à la distribution de la viande révèle que deux systèmes très distincts sont en vogue; l'un est très bon et l'autre très peu satisfaisant, et dans bien des cas ce dernier constitue une menace à la santé publique.

La viande vendue au Canada est rangée dans deux catégories: la viande inspectée et la viande non inspectée. La viande qui porte la mention "Inspectée par le Gouvernement" est celle qui provient d'animaux abattus dans des abattoirs licenciés, dans des conditions sanitaires, et qui est examinée avant et après l'abattage par des vétérinaires au service de l'Etat.

C'est le service d'inspection des viandes de la Division de l'hygiène des animaux qui est chargé de cette inspection; cette organisation jouit d'une réputation internationale comme étant l'une des plus efficaces au monde. D'un océan à l'autre, il y a 91 établissements dotés de ce service d'inspection. Au cours de 1943, 929,157 bêtes à cornes et 6,140,614 porcs ont été examinés. Parmi les bêtes à cornes inspectées, 11,003 bêtes entières et 389,281 pièces ont été condamnées comme impropres à la consommation humaine. Quant aux porcs, 12,002 bêtes entières et 3,559,616 pièces ont été condamnées. En outre, plusieurs villes ont établi des services d'inspection des viandes sous la surveillance de vétérinaires, et la quantité de viande condamnée par ces services augmenterait fortement les chiffres déjà cités. Quoi qu'il en soit, il se consomme aujourd'hui au Canada une énorme quantité de viande qui n'a pas été soumise à une telle inspection, et il est donc évident qu'une quantité considérable de viande offerte en vente dans ce pays est impropre à la consommation.

Une étude de l'approvisionnement de viande des districts ruraux de l'Ouest canadien révèle des conditions dont notre pays devrait rougir. En contraste frappant avec le système scientifique et sanitaire suivi dans les abattoirs approuvés par le Gouvernement, certains endroits sont absolument dépourvus de moyens de sauvegarder la santé des consommateurs. On s'en remet entièrement au boucher local qui achète des cultivateurs voisins ses animaux en vie ou abattus et habillés. S'il achète des animaux en vie, ces derniers sont abattus à l'abattoir qui est généralement situés sur les confins des villes, car ces endroits sont très incommodes par les temps chauds. Ces établissements conviennent généralement fort peu à la préparation des animaux de boucherie, mais ils sont tout de même préférables à la ferme ordinaire qui est entièrement dépourvue des moyens nécessaires pour abattre des animaux, et où la viande devient irrémédiablement contaminée au cours de la préparation.

Etant donné que les abattoirs licenciés paient des prix plus bas pour les bêtes mal engraisées et malades, les animaux offerts sur ce marché sont de qualité inférieure. Quoi qu'il en soit, il est rare que des animaux soient entièrement rejetés et l'on n'enlève des pièces que lorsque les lésions sont tellement

évidentes que l'acheteur s'en apercevrait. Compte tenu du nombre d'animaux qui doivent être condamnés lorsqu'ils sont soumis à un service scientifique d'inspection et de l'absence des condamnations dans les conditions précitées, il est facile de se rendre compte de la situation déplorable qui règne dans bien des parties du Canada rural.

Approvisionnement de lait

Les maladies que l'on désigne généralement comme transmissible par le lait sont la tuberculose d'origine bovine, la laryngite streptococcique, l'empoisonnement des aliments par les staphylocoques, la fièvre ondulente, la scarlatine, les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes. Un article du Dr Defries, publié en 1938, nous donne une idée de l'importance de ces maladies; en voici un extrait:

Grâce au concours des ministères provinciaux de la Santé, feu M. R. H. Murray, I.C., avait compilé, au sujet des épidémies de maladies transmises par le lait, qui ont éclaté au Canada en ces dernières années, une liste qui a été publiée en 1936. Cette liste consignait 7,935 cas et 688 morts. Sur ce nombre, 7,134 étaient des cas de fièvre typhoïde et paratyphoïde, 584 de laryngite septique et 192 de scarlatine. Cette liste ne contenait qu'une faible partie du nombre total de cas de ces maladies qui provenaient de lait contaminé. Seules les épidémies portées à la connaissance des ministères provinciaux de la Santé pouvaient y être incluses.

Il dit plus loin: "Le nombre de cas sporadiques de maladies transmises par le lait dépasse sans doute fortement le nombre de cas signalés au cours des épidémies. Par ailleurs, on néglige souvent de signaler de nombreuses petites épidémies; d'autres ne donnent lieu à aucune enquête, et dans d'autres encore on ne soupçonne pas que le lait puisse en être la cause."

Une étude de l'approvisionnement de lait dans nombre de régions rurales canadiennes indique l'absence de tout système de surveillance susceptible de garantir un approvisionnement de lait salubre. Dans certaines provinces comme la Saskatchewan, la loi d'hygiène autorise les villes et villages à adopter un règlement rendant obligatoire l'épreuve des vaches laitières pour la tuberculose et l'avortement infectieux. Dans cette province, cent quarante-deux villes ont adopté un tel règlement. Malheureusement, toutefois, en raison du manque de service vétérinaire, soixante-douze villes n'ont pu faire exécuter ces épreuves, tandis que cinquante ont négligé de faire exécuter les épreuves annuelles prévues par la loi.

Voulant nous faire une idée du lait livré aux divers points de distribution rurale, nous avons prélevé des échantillons que nous avons soumis à des examens bactériologiques à la fois quantitatifs et qualitatifs. Dans la plupart des cas le nombre de bactéries était très élevé, tandis que la présence de straptocoques et trop grandes quantités de pus révélait la mise en vente de lait provenant de vaches atteintes de mastite.

Une solution que l'on a trop souvent tendance à vouloir généraliser est la pasteurisation du lait. C'est plutôt détourner la difficulté, et le remède n'est pas toujours pratique. La pasteurisation n'offre aucune protection aux cultivateurs et aux producteurs laitiers, et jamais elle n'a eu pour but la purification d'un lait infecté de pus et provenant de vaches malades. En plus du danger immédiat que présente la consommation d'un lait cru provenant de vaches infectées, il ne faut pas oublier que ce lait, pasteurisé ou non, est sans doute moins nutritif et partant indésirable.

En termes réalistes, sinon très jolis, on peut dire que toute mère canadienne qui offre un verre de lait à son enfant devrait avoir la certitude que ce lait provient de vaches saines. La pasteurisation ne devrait arriver que comme un

supplément de protection, alors que trop souvent aujourd'hui le lait n'est qu'un produit pasteurisé renfermant de nombreuses bactéries et une quantité appréciable de pus.

Fait intéressant à noter, aux réunions sur l'hygiène publique tenues dernièrement à Toronto, seuls les représentants du Québec et de l'Ontario, dans l'exposé de leurs projets d'assurance-santé, ont tenu la médecine vétérinaire comme essentielle à tout programme vraiment bien conçu. Quant aux autres, ils ne s'étaient pas du tout intéressés à l'aspect préventif et voulaient confier tout le travail à des médecins et des infirmières. Il appert donc que, malgré tous les progrès de la science, la tendance subsiste toujours de vouloir s'occuper exclusivement des victimes de demain sans se préoccuper de protéger les personnes actuellement en santé.

Vu le rôle que la médecine vétérinaire est appelée à jouer dans notre régime projeté d'assurance-santé, il est regrettable que cette profession n'ait pas de comité représentatif permettant aux spécialistes en hygiène vétérinaire et en travaux de recherches de faire connaître leurs opinions sur toutes les questions d'hygiène publique qui leur sont familières. Il est vrai que les comités provinciaux peuvent nommer des chirurgiens vétérinaires pour accomplir les travaux qui s'imposent dans le domaine de l'hygiène, mais le projet de loi dans sa forme actuelle ne laisse à la profession aucun moyen de se faire entendre sur les mesures à prendre et les moyens de les appliquer.

L'article 45 (paragraphe 3) du rapport du comité consultatif de l'assurance-santé est ainsi conçu :

Reconnaissance par la Commission d'un comité nommé spécialement par une profession organisée par une loi.

Nonobstant toute disposition antérieure du présent article, et sous réserve du paragraphe suivant, si les membres d'une profession sont organisés en vertu d'une loi de la province applicable auxdits membres, l'exécutif de cette organisation, quel que soit le titre de l'exécutif, peut nommer un comité pour les fins mentionnées au paragraphe premier du présent article parmi les membres de ladite organisation, comprenant les membres de cet exécutif, et la Commission doit reconnaître le comité ainsi nommé à ces fins, si elle reçoit la preuve de cette nomination.

Nonobstant les dispositions ci-dessus, le paragraphe 4 prescrit ce qui suit :

Application aux dentistes et aux pharmaciens seulement

Sauf prescriptions contraires, les dispositions du dernier paragraphe précédent ne s'applique qu'aux membres de la profession dentaire et des professions pharmaceutiques.

Il ressort de là que, par oubli peut-être, les médecins vétérinaires n'entrent pas dans les groupes de professionnels autorisés à former un comité qui sera reconnu par la commission fédérale. Il est à espérer qu'avant l'adoption de la mesure on permettra à cette profession de se faire représenter aux mêmes titres que les dentistes et les pharmaciens.

On peut se demander combien de vétérinaires seraient en mesure de s'occuper d'hygiène publique. Il faut bien reconnaître qu'à l'heure actuelle nos chirurgiens vétérinaires sont en nombre insuffisant pour voir à la santé de nos troupeaux comme le voudraient les besoins économiques et que de là résultent chaque année des pertes énormes pour le pays. Cet état de choses nous fait naturellement songer au sort des cultivateurs au point de vue de la sécurité sociale et nous trouvons ici au moins un domaine où, avec des études appro-

priées et des mesures permettant de remédier aux lacunes actuelles, on pourrait assurer aux cultivateurs cette sécurité à laquelle nous visons, de façon bien plus efficace que par tous les palliatifs actuellement à la mode.

Les vétérinaires sont aujourd'hui en nombre insuffisant pour répondre à tous les besoins. Ils ne sont en effet que 1,200 pour la pratique privée et pour diriger les divisions de la Santé des animaux et autres dont relève l'hygiène de nos nombreux troupeaux.

L'École de médecine vétérinaire de l'Ontario comptait 46 diplômés seulement l'an dernier. Cette année, il n'y en aura que vingt. C'est insuffisant même pour combler les vides qui se produisent annuellement dans la division de la Santé des animaux ou dans celle de la pathologie. Si nous permettons à la médecine vétérinaire de jouer le rôle qui lui revient dans les domaines de la sécurité sociale et de l'assurance-santé, nous ouvrirons un vaste champ d'action à nos anciens combattants qui pourront ainsi se lancer dans une profession dont les membres sont trop peu nombreux, où l'encombrement n'est pas à craindre pour des années encore et où les futurs diplômés pourront se rendre très utiles au service de l'Etat.

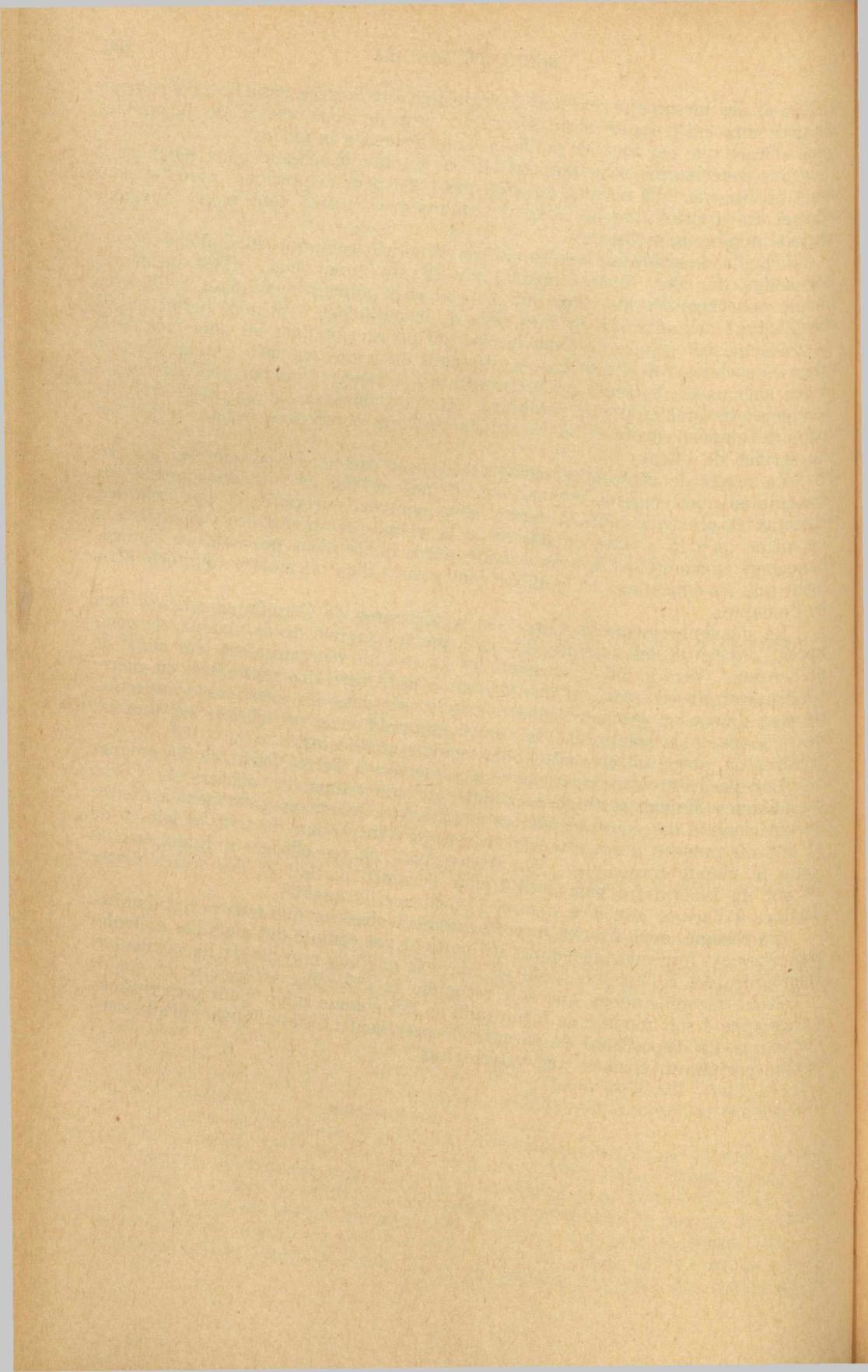
La rareté de vétérinaires compétents vient surtout de ce que l'on n'a pas compris en quoi consiste leur travail. Si aujourd'hui on s'intéresse moins aux chevaux et plus aux bêtes à cornes, aux moutons, aux pores et aux volailles, de même qu'à la qualité du lait et de la viande, le travail des vétérinaires a beaucoup augmenté. C'est sans doute parce qu'ils n'ont pas saisi ce changement que les éducateurs et le public font preuve d'un tel manque d'intérêt dans ce domaine.

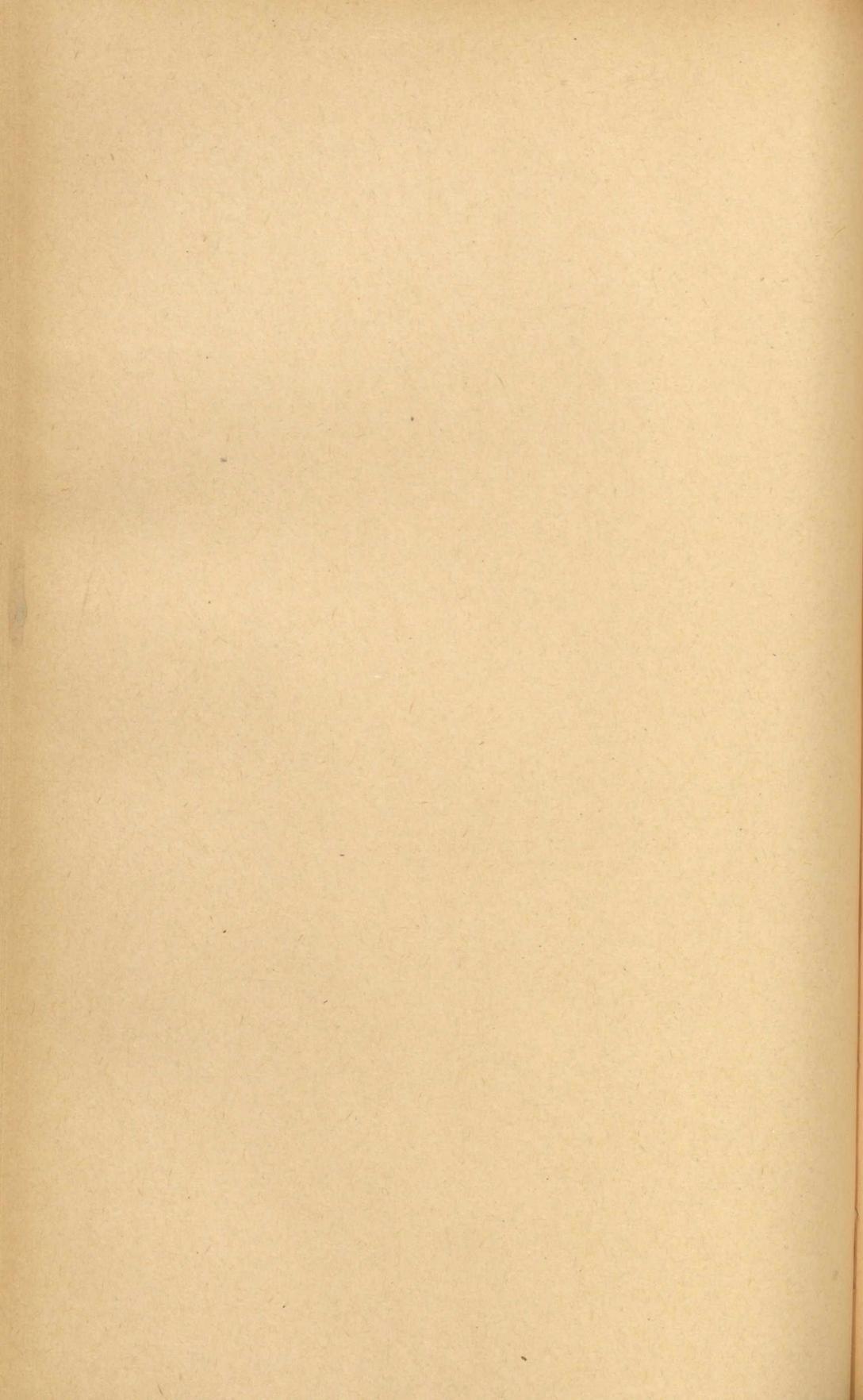
Le démembrement du Corps des vétérinaires de l'armée canadienne peu après l'ouverture des hostilités est une preuve tangible de ce manque de compréhension. Vers le même moment, les Etats-Unis réorganisaient leur corps de vétérinaires, avec ce résultat que le jour où les Américains sont entrés en guerre ils possédaient un groupe d'officiers très versés dans les questions d'inspection des viandes et de salubrité. On trouve aujourd'hui de ces officiers sur tous les théâtres de guerre où combattent des soldats américains.

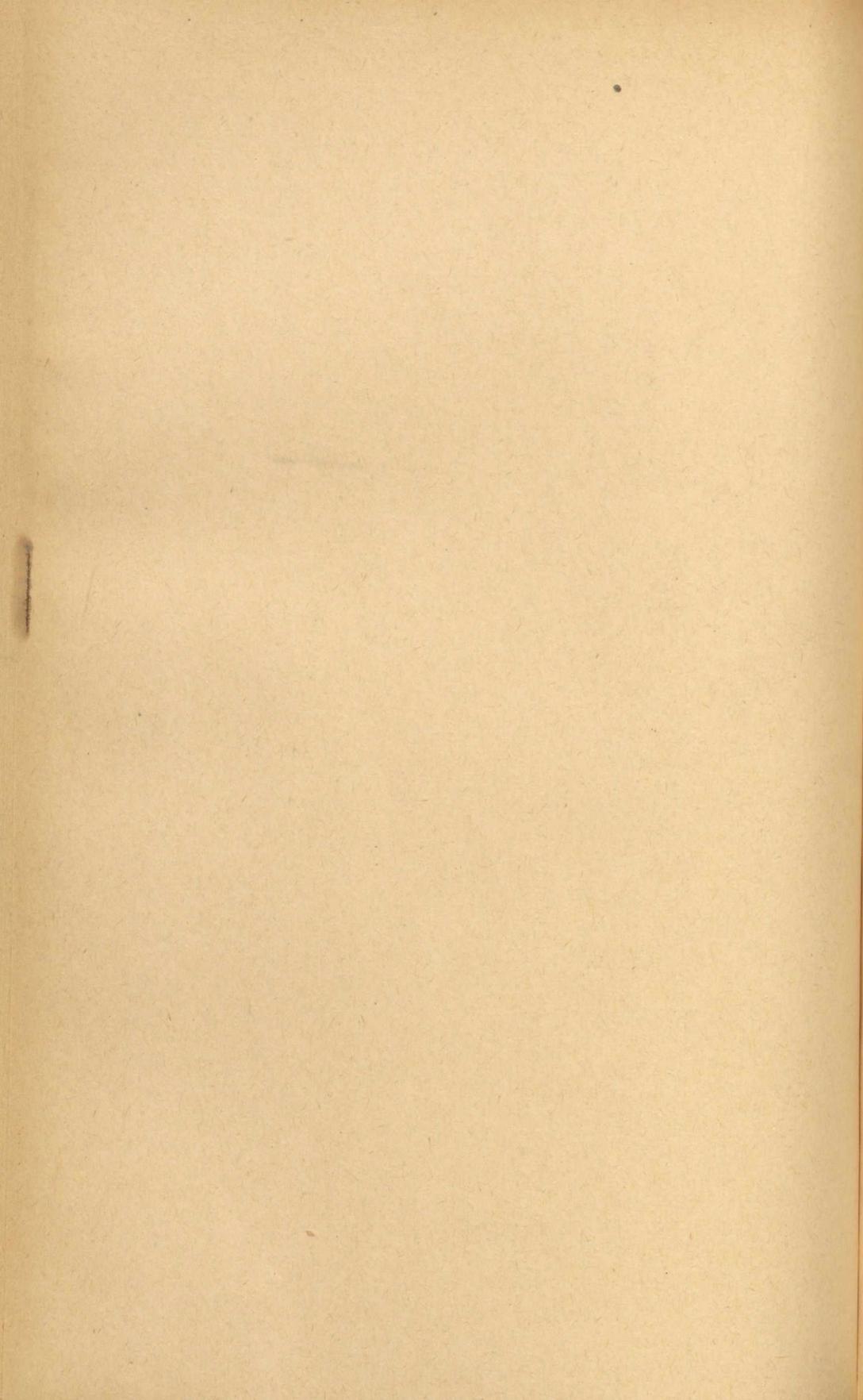
Lorsque les troupes américaines sont arrivées à Terre-Neuve, où des troupes canadiennes étaient stationnées depuis quelque temps, les officiers du Corps de vétérinaires ont constaté que les conditions y laissaient gravement à désirer et ont dû prendre des mesures pour assurer l'inspection de tout le lait et de toute la viande consommée. On trouve aussi de ces officiers à Edmonton où ils ont un laboratoire bien outillé pour l'examen du lait et des autres vivres destinés à l'armée afin d'en assurer l'excellence de qualité.

En résumé, nous faisons respectueusement observer que tout projet d'unités sanitaires est forcément incomplet s'il ne tient pas compte des maladies animales communicables à l'homme et s'il ne pourvoit pas aux moyens de les combattre.

Nous recommandons que soit reconnue la médecine vétérinaire et que le paragraphe 4 soit modifié de façon qu'il se lise comme suit: "Sauf prescriptions contraires, les dispositions du paragraphe précédent ne s'appliquent qu'aux dentistes, aux pharmaciens et aux vétérinaires".







SESSION DE 1944
CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL
DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 6

SÉANCE DU JEUDI 20 AVRIL 1944

TÉMOINS:

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère
des Pensions et de la Santé nationale;

M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances.

PROCÈS-VERBAL

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à onze heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Bruce, Cleaver, Côté, Donnelly, Gregory, Hatfield, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lockhart, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGarry, McGregor, McIvor, Mayhew, Slaght, Veniot et Wright—22.

Sont aussi présents:

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. J. T. Marshall, directeur, Division de la statistique démographique, Bureau fédéral de la statistique;

M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;

M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'Impôt sur le revenu;

M. J. E. Howes, du personnel des recherches, Banque du Canada;

M. A. D. Watson, actuaire en chef, Département de l'assurance;

M. J. C. Brady, directeur, statistique des institutions, Bureau fédéral de la statistique.

Le président donne lecture d'une lettre par laquelle M. E. R. Powell, secrétaire de *The State Hospital and Medical League*, Regina, Saskatchewan, sollicite la permission de témoigner devant le Comité. Il est convenu que la Ligue devra d'abord présenter un mémoire qui sera publié dans les témoignages; si le Comité désire ensuite interroger des témoins, il le fera savoir aux intéressés.

Le président lit une lettre de Mlle K. W. Ellis, secrétaire générale de la *Canadian Nurses Association*, où il est dit que Mlle Maude Hall, surintendante adjointe du *Victorian Order of Nurses*, et Mlle Blanche Anderson, surintendante adjointe de l'Hôpital civique d'Ottawa, assisteront aux séances du Comité à la place de feu Mlle Alice Ahearn.

Il est ordonné d'imprimer dans les témoignages un mémoire des *Christian Scientists*. Voir Appendice "A".

Il est ordonné d'imprimer dans les témoignages un mémoire du *Dominion Council of Canadian Chiropractors*. Voir Appendice "B".

Il est également ordonné d'imprimer dans les témoignages un état des revenus de médecins fourni par le Dr Heagerty en réponse à une question posée par M. Johnston le 30 mars. Voir Appendice "C".

L'hon. M. Mackenzie déclare que les ministères provinciaux de la Santé se réuniront à Ottawa les 10, 11 et 12 mai; il suggère que les membres du Comité fassent preuve de leur esprit de collaboration en assistant à ce congrès.

M. Johnston se formalise des déclarations faites par M. McCann à la séance précédente et demande que ces déclarations soient retirées. En l'absence de M. McCann, la question est laissée en suspens.

Le Dr Heagerty et M. Bryce sont appelés et interrogés.

M. Howden propose: "Que la prime provinciale soit fixée à \$10 et que la limite de la prime de l'impôt sur le revenu soit élevée d'un degré, selon qu'il en a été convenu, de l'avis des actuaire, ce qui comblera le déficit."

Après discussion, le président est d'avis que les différentes propositions faites ce jour au Comité quant aux aspects financiers de l'assurance-santé, soient sou- mises sans commentaires au congrès des ministres provinciaux. L'idée du président est approuvée et M. Howden, avec le consentement du Comité, retire sa proposition.

Sur proposition de M. Donnelly, le Comité s'ajourne à midi et quarante-cinq pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,

J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 20 avril 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à onze heures du matin sous la présidence de l'hon. Cyrus Macmillan.

Le PRÉSIDENT: La *State Hospital and Medical League*, de Regina, Saskatchewan, demande au Comité d'entendre ses représentants. Je propose, conformément avec notre pratique habituelle, que ces représentants soient invités à soumettre, même s'il se fait tard, leur mémoire afin que ce dernier puisse être publié au compte rendu. Ensuite, si les membres croient devoir interroger ces messieurs, nous pourrions leur demander de comparaître devant nous. Cela vous va-t-il?

M. JOHNSTON: Je crois que vous avez raison. Vous avez dit, je pense, l'autre jour, que d'autres représentations vous avaient été faites?

Le PRÉSIDENT: J'y arrive.

M. JOHNSTON: Je pense qu'il faudrait agir de même à leur égard.

Le PRÉSIDENT: Ces représentations n'entrent pas dans la même catégorie, parce que, dans leurs cas, des mémoires ont déjà été présentés.

M. JOHNSTON: Dans certains cas oui, et dans d'autres non.

Le PRÉSIDENT: Je termine ma déclaration. Voulez-vous que ces messieurs soumettent un mémoire et qu'ils soient invités plus tard parmi nous, si vous le désirez? Cela vous paraît-il satisfaisant?

Quelques DÉPUTÉS: Oui.

Le PRÉSIDENT: J'ai une lettre de la *Canadian Nurses Association* qui fait savoir au Comité que Mlle Maud Hall assistera aux réunions du Comité comme déléguée. L'an dernier, vous vous rappelez que feu Mlle Alice Ahearn avait assisté à presque toutes les réunions, et Mlle Hall assumera les fonctions de la défunte. Une autre lettre de la même Association porte sur certains articles du projet de loi; j'en donnerai lecture lorsque ces articles feront l'objet de la discussion.

M. JOHNSTON: Quel serait le motif de sa présence parmi nous?

Le PRÉSIDENT: Simplement pour donner à la *Canadian Nurses Association* des échos de notre discussion.

M. JOHNSTON: Et non pas à des fins d'interrogatoire?

Le PRÉSIDENT: Non, elle n'a vraiment pas besoin de demander la permission d'assister, mais c'est pour le compte rendu.

L'hon. M. BRUCE: N'importe qui peut assister.

Le PRÉSIDENT: Il y a, en outre, un mémoire additionnel de la *Christian Science Association*. Je propose, avec l'assentiment du Comité, que ce mémoire soit déposé au compte rendu et que, après lecture par les membres du Comité, nous en discutons les principaux points.

M. SLAGHT: Un peu plus fort, s'il vous plaît.

Le PRÉSIDENT: J'ai un mémoire de la *Christian Science Association* qui contient des renseignements additionnels, ou des demandes additionnelles, au mé-

moire de l'an dernier. Je propose que ce mémoire soit déposé au compte rendu pour être discuté ensuite, quand les membres du Comité en auront pris connaissance. Cela vous paraît-il satisfaisant?

L'hon. M. BRUCE: Le discuterons-nous à la prochaine réunion?

Le PRÉSIDENT: Après qu'il aura été lu, si vous le désirez. J'ai aussi un mémoire renfermant des renseignements additionnels du *Dominion Council of Canadian Chiropractors*. Ce mémoire est assez volumineux. Je fais la même proposition qu'à l'égard du mémoire de la *Christian Science*. Cela vous paraît-il satisfaisant?

M. MAYHEW: Ces mémoires pourront-ils être consultés par les membres?

Le PRÉSIDENT: Ils seront déposés et publiés dans le compte rendu.

M. CLEAVER: Ne conviendrait-il pas, quand vous avez l'intention de fixer un jour spécial pour la discussion, au Comité, de tel mémoire en particulier, de prévenir l'association dont émane le mémoire que la discussion doit avoir lieu tel ou tel jour, afin qu'elle puisse déléguer les représentants de son choix?

Le PRÉSIDENT: Non, monsieur Cleaver, nous n'invitons pas les représentants à nos séances avant d'avoir discuté le mémoire; alors seulement, le Comité peut décider d'appeler les délégués pour obtenir des éclaircissements sur un point quelconque.

M. CLEAVER: Notre discussion n'est donc qu'une discussion préliminaire, et ne vise pas à dégager des conclusions?

Le PRÉSIDENT: Nous pouvons arriver à une conclusion, et cependant, demander, au préalable, aux représentants de répondre à certaines questions.

M. DONNELLY: Si je comprends bien, vous avez dit que les mémoires seraient publiés dans le compte rendu.

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. SLAGHT: Monsieur le président, je tiens à ajouter à la proposition que vous avez faite. Par exemple, le Comité de la *Christian Science*, au mémoire duquel vous faites allusion, a parmi nous, aujourd'hui même, un représentant qui, sans être chargé de prendre la parole s'il n'en est pas prié, doit être prêt à répondre à toute question posée par nos membres. Je trouve donc qu'il conviendrait de faire connaître la date où la cause sera entendue. J'ai cru comprendre que la cause de la *Christian Science*, où j'aurai un témoignage à apporter, passera lors de notre prochaine réunion?

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. JOHNSTON: Puis-je proposer en outre, à la suite de ce que vient de dire M. Slaght, que, le rapport devant être déposé...

Le PRÉSIDENT: Justement.

M. JOHNSTON: Je présume que nous pourrions consulter le compte rendu d'ici à la prochaine séance?

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. JOHNSTON: Parce que ceux qui ne pourront le faire s'en trouveront fort désavantagés.

Le PRÉSIDENT: Précisément.

M. JOHNSTON: Peut-être pourrions-nous presser un peu l'Imprimerie nationale.

Le PRÉSIDENT: En d'autres termes, le mémoire ne sera pas discuté, à moins qu'il ne soit disponible.

M. JOHNSTON: J'avais cru comprendre qu'il serait discuté à la prochaine réunion.

Le PRÉSIDENT: A condition qu'il soit déjà publié.

L'hon. M. BRUCE: Au fait, le mémoire n'a-t-il pas été mis à la disposition de tous les membres du Comité?

M. SLAGHT: Je le crois.

M. DONNELLY: Pas celui des chiropraticiens.

Le PRÉSIDENT: Pour être considéré comme témoignage, il faut qu'il ait été déposé.

M. DONNELLY: Vous avez eu un rapport des *Christian Scientists*. Nous avons tous reçu, je pense, un exemplaire de ce rapport, mais personne n'a vu celui des chiropraticiens. Ce qui vaut dans un cas devrait valoir dans l'autre.

Le PRÉSIDENT: Oui, et avant d'être discuté, ce rapport devra être déposé.

M. DONNELLY: Certainement.

M. MAYHEW: Ne conviendrait-il pas de fixer la date de discussion de ces différents mémoires?

Le PRÉSIDENT: Nous avons déjà fait savoir que le mémoire de la *Christian Science* sera discuté à la prochaine séance, pourvu que d'ici là il ait été publié.

M. CLEAVER: Je veux donc être sûr, monsieur le président, que je vous comprends bien. La discussion qui se tiendra, lors de notre prochaine réunion, sur le mémoire de la *Christian Science* sera-t-elle seulement une discussion préliminaire, où le Comité jugera des renseignements additionnels qui lui sont nécessaires, et le reste, avant d'en venir à une conclusion, ou la discussion conduira-t-elle, de fait, à une conclusion?

Le PRÉSIDENT: Tout dépendra.

M. CLEAVER: En ce cas, je crois que l'organisme en question devrait être informé, et avoir l'occasion d'envoyer parmi nous des représentants qui répondront à nos questions avant que nous en venions à une conclusion définitive.

Le PRÉSIDENT: Au cas où, pour un motif quelconque, tout membre du Comité désirerait des éclaircissements ultérieurs sur un point du mémoire, un représentant de l'organisme sera invité à une réunion subséquente. Nous n'en viendrons à aucune conclusion si, dans l'esprit de l'un quelconque des membres du Comité, il subsiste de la confusion à l'égard du mémoire.

M. CLEAVER: Je voulais tout simplement que la chose fût bien tirée au clair, et je vous suis obligé qu'elle le soit maintenant.

Le PRÉSIDENT: Vous n'ignorez pas qu'une réunion des ministres et sous-ministres provinciaux de la Santé doit avoir lieu, ici même, dans la semaine du 8 mai. Peut-être le Ministre aurait-il un mot à dire.

L'hon. M. MACKENZIE: Les 10, 11 et 12 mai, les ministres et les sous-ministres de la Santé des différentes provinces se rendront pour la plupart, je pense, dans la capitale afin de discuter les dispositions d'hygiène que renferme le projet de loi, ce qui a trait à l'application du projet de loi. Naturellement, les dispositions financières du projet devront faire l'objet de la conférence plénière du Dominion et des provinces. Nous serions certainement obligés à tous les membres du Comité qui pourraient collaborer avec nous en assistant à cette conférence, s'ils peuvent être présents lors des discussions.

M. KINLEY: Se réuniront-ils conjointement avec notre Comité?

L'hon. M. MACKENZIE: Il appartient au Comité de trancher cette question. Dans l'ordre actuel des décisions prises, ils devraient se réunir avec les représentants du ministère de la Santé, tout simplement.

M. DONNELLY: Nous fera-t-on savoir quand et où vous vous réunirez?

L'hon. M. MACKENZIE: Docteur Heagerty, auriez-vous l'obligeance de répondre à cette question?

Le Dr HEAGERTY: Je pense que vous avez tout dit ce qu'il y a à dire, monsieur le ministre. Nous avons beaucoup discuté le sujet de l'assurance-santé avec le Conseil de salubrité fédéral, mais cet organisme ne se compose que des sous-ministres de la Santé. Nous avons tenu une réunion conjointe avec les ministres et sous-ministres, mais sans arriver, à l'époque, à aucune décision. Le projet de loi n'était pas encore assez mûri pour que nous puissions préciser nos vues. Mais maintenant, nous aimerions nous réunir avec les ministres pour leur soumettre le projet de loi et le discuter en détail. J'ai demandé à l'honorable M. Mackenzie s'il aurait la bonté d'exposer par le menu le projet. Il a consenti à le faire. Ce sera, sans aucun doute, un très grand avantage que d'avoir avec nous les ministres et sous-ministres pour entendre leurs opinions. Vous n'ignorez pas que l'Ontario a adopté une loi concernant la santé, et que la Saskatchewan a dressé un projet de loi concernant l'assurance-santé. M. Mackenzie a pensé qu'il serait opportun que l'honorable docteur Vivian expose le projet de loi ontarien, et l'honorable M. Uhrich celui de la Saskatchewan. Nous aurions ainsi l'occasion de discuter la question sous son aspect provincial aussi bien que fédéral. Voilà notre but, d'une manière générale.

M. LOCKHART: A ce propos, je me demande justement si nous devrions prendre une décision quelconque sur tel ou tel mémoire en particulier qui nous a été soumis avant d'avoir entendu ce que les directeurs provinciaux d'hygiène ont à nous dire. D'après la proposition de M. Cleaver, j'ai cru comprendre que nous pourrions prendre une décision.

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. LOCKHART: A la suite d'un mémoire qui aurait été présenté.

M. CLEAVER: Seulement à l'unanimité des voix.

M. LOCKHART: Vous n'avez pas dit cela.

M. CLEAVER: J'ai compris que tout membre qui voudrait se procurer des renseignements ultérieurs les obtiendrait.

M. LOCKHART: Si l'on veut que les mémoires provinciaux aient une répercussion quelconque sur la décision finale de notre Comité quant à tel ou tel mémoire, il me semble que les délibérations sur tout mémoire devraient être ajournées jusqu'à ce que nous soyons au courant des deux projets de loi d'assurance-santé qui sont en voie d'adoption dans les provinces. Je trouve que nous mettons la charrue avant les boeufs.

Le PRÉSIDENT: Cependant, monsieur Lockhart, nous pouvons fort bien faire connaître à la conférence nos vues quant à certaines provinces.

M. LOCKHART: Je songe seulement, monsieur le président, au fait que vous avez laissé entendre que nous en viendrons à un conclusion la semaine prochaine, ou au cours de l'une des semaines subséquentes.

Le PRÉSIDENT: Sur tel mémoire en particulier; peut-être que oui, peut-être que non.

M. LOCKHART: Peut-être, après avoir entendu ce que les directeurs provinciaux d'hygiène ont à dire des projets de loi d'assurance préparés, changerons-nous complètement d'avis sur certains aspects de divers mémoires qui nous ont été présentés.

Le PRÉSIDENT: Je ne vois pas d'objection à ce changement, il faut l'avouer.

L'hon. M. MACKENZIE: Pour ma part, et non pas en ma qualité officielle, je suis fermement convaincu que tous ces mémoires qui nous sont actuellement adressés sont entièrement du ressort des provinces. C'est là ma ferme conviction. Peut-être la majorité ne pense-t-elle pas ainsi, mais je crois que nous ne sommes autorisés ni à supprimer des droits ni à en conférer. Voilà mon opinion. Je pense que, à l'égard des groupements autorisés dans les provinces, c'est aux provinces à dire si ces groupements retiendront ou non leurs droits.

M. LOCKHART: Pourquoi encombrer inutilement les procès-verbaux de ce Comité. Je suis d'accord avec les déclarations du Ministre.

Le PRÉSIDENT: Nous n'encombrons pas du tout, je pense, les procès-verbaux du Comité. Mais il faut bien disposer systématiquement des différents mémoires qui nous sont présentés.

M. JOHNSTON: Je suis d'accord avec le président.

M. HOWDEN: Je trouve qu'il subsiste beaucoup de confusion et d'ambiguïté quant au rôle de notre Comité. Notre Comité semble avoir pour fonction d'étudier les propositions concernant la santé, et de faire à la Chambre des communes des recommandations et des propositions quant à la nature du projet de loi qui sera présenté à la Chambre. Cela ne veut pas dire que nous ayons un pouvoir défini. La Chambre n'est aucunement tenue d'accepter nos propositions; elle n'est pas obligée de suivre nos conseils. Je crois comprendre qu'en définitive c'est dans les limites des provinces que doit être élaboré le projet de loi. Si, entre temps, nous pouvons aider à cette élaboration par nos études et notre activité, tant mieux! Mais je ne vois pas que ce soit là empiéter sur les droits ou violer les privilèges de personne.

Le PRÉSIDENT: Le Dr Heagerty a une déclaration à nous communiquer.

Le Dr HEAGERTY: La déclaration a été rédigée en réponse à une question de M. Johnston, sur les revenus actuels des médecins et les revenus probables sous le régime d'un plan d'assurance-santé. Le mémoire, assez volumineux, renferme un certain nombre de tableaux. Les tableaux sont plus ou moins compliqués, et j'ai pensé qu'il conviendrait peut-être d'en faire tirer, pour votre gouverne, des polycopies en vue d'une discussion ultérieure.

L'hon. M. BRUCE: Je propose qu'il soit ainsi fait.

M. CLEAVER: Pourquoi ne pas déposer le mémoire?

Le PRÉSIDENT: Et le faire imprimer immédiatement.

M. KINLEY: Il s'agit de votre mémoire, docteur Heagerty, n'est-ce pas?

Le Dr HEAGERTY: Oui, de mon mémoire.

Le PRÉSIDENT: A la dernière réunion, nous avons discuté des plans alternatifs pour la perception des contributions. Nous avons adopté le principe contributoire. Je trouve que, ce matin, nous devrions discuter les autres alinéas de l'article 2.

M. JOHNSTON: Avant de poursuivre en ce sens, vous parliez, il y a un moment, de la correspondance. Je crois savoir, je sais même, de fait, que le docteur Arnott, de London, Ontario, a présenté un mémoire ou a fait parvenir une lettre au Comité. La chose a-t-elle été étudiée?

Le PRÉSIDENT: Non. Je ne m'en souviens pas.

M. JOHNSTON: Pourriez-vous vérifier?

Le PRÉSIDENT: Je m'en assurerai. Un ou deux autres témoins doivent comparaître devant le Comité.

M. JOHNSTON: Si vous le permettez, avant de poursuivre le débat ce matin, il y a, dans le compte rendu, une correction sur laquelle j'attire votre attention: il s'agit de la page 118, où le docteur McCann parlait, l'autre jour, d'un ongle incarné. Je vois qu'il a extrait l'ongle incarné, non pas que la chose ait à mes yeux de l'importance, si ce n'est que, dans le paragraphe suivant, j'y faisais moi-même allusion. Je pense que son ongle incarné devrait lui être remis.

Au cours de la discussion de l'autre jour, j'ai été mis au défi à cause de certaines déclarations que j'avais faites, et l'on m'a demandé de fournir les sources de mes renseignements. Avec votre permission, monsieur le président, j'y procède sans plus tarder. Mais auparavant, il faut que je revienne, pour ne pas jeter de la confusion dans le compte rendu, à quelques-unes des remar-

ques qui ont porté sur ce point particulier. A la page 123 des témoignages entendus par le Comité, je tiens à lire une question posée par moi-même au Dr Heagerty, afin que l'explication soit mieux comprise. Vers le tiers de la page, j'ai interrogé en ce sens le Dr Heagerty:

Le Dr Heagerty nous dira-t-il la proportion des médecins canadiens qui font partie de la *Canadian Medical Association*?

Ensuite, plus bas, le Dr Veniot déclarait:

L'effectif de l'Association diminue toutefois parce que plusieurs médecins font du service outre-mer. Les forces armées comptent actuellement 3,800 médecins qui, par conséquent, ne peuvent devenir membres actifs de la *Canadian Medical Association*. Cet état de choses existe depuis l'ouverture des hostilités. J'ajouterai avec le Dr Heagerty que depuis qu'il est question de l'assurance-santé, nombre de médecins ont tenu à devenir membres de la *Canadian Medical Association* désireux qu'ils étaient de se renseigner par l'entremise de cette Association sur les faits nouveaux relatifs à l'assurance-santé.

Puis, un peu plus loin, le Dr Veniot ajoutait:

Ces derniers avaient l'impression que l'assurance-santé signifiait l'étatisation de la médecine, ce qui est tout différent.

A la page 125, toujours pour donner suite à la même question, le docteur Veniot continuait en ces termes:

Un grand nombre de médecins résident en des endroits éloignés et c'est l'une des raisons pour lesquelles ils n'appartiennent pas à l'Association. Ils ne peuvent trouver le moyen d'assister aux réunions de l'organisme provincial... Un grand nombre de médecins ont aussi pris leur retraite. Environ 600 ou 700 médecins ont atteint un âge trop avancé pour exercer leur profession et sont par le fait même à leur retraite. Tout bien considéré, le Comité doit donc reconnaître la *Canadian Medical Association* comme le porte-parole naturel et logique des médecins canadiens.

Je fis alors cette observation:

En premier lieu parce qu'une revue médicale dont j'ai pris connaissance déclare—il s'agit d'un chiffre de l'an dernier et je ne veux pas être trop catégorique...

Il y avait à peu près un an de la chose et j'avais vu le livre.

M. SLAGHT: De quelle page lisez-vous?

M. JOHNSTON: De la page 125.

...que 28 p. 100 du nombre total des médecins canadiens appartiennent à la *Canadian Medical Association*.

A la fin du deuxième paragraphe de la page 126, le docteur McCann reprit alors:

Lorsque M. Johnston déclare que 28 p. 100 seulement des médecins du pays appartiennent à l'Association, il contredit les faits et peut-être le fait-il en connaissance de cause.

Et moi de dire:

Monsieur le président, le Dr McCann ne peut tenir ce langage.

J'avais fait remarquer au président, ce qui n'est pas consigné au compte rendu, que M. McCann devrait retirer ses paroles, mais il n'en a rien été. Et le Dr McCann de reprendre quelques lignes plus bas:

M. Johnston a formulé une déclaration qu'il saurait contraire aux faits s'il s'était donné la peine de les examiner.

Plus bas, je dis:

Cette déclaration est faite...

Et je fut interrompu par ces mots du Dr McCann:

Par qui? Que la déclaration soit déposée; je vous défie de la produire.

Je lui répliquai:

Déposez les chiffres officiels.

Le Dr McCann ne l'a pas fait, et j'ai donc accepté son défi.

Je ne voulais pas que le Comité pût croire, pour un seul moment, que je citais comme vrais des chiffres que je savais être faux, et je me suis donné beaucoup de peine pour me procurer l'état dont il était question. Je l'ai maintenant ici. Il s'agit d'un extrait des procès-verbaux de la 68e réunion annuelle de la *Canadian Medical Association*.

Le PRÉSIDENT: Quelle est la date?

M. JOHNSTON: Ottawa, les 21, 22, 23, 24, 25 juin 1937. Vous remarquerez qu'à ce moment-là, nous étions juste à la veille de la guerre, et dans le témoignage que je viens de citer, le Dr Veniot avait déclaré que le nombre de sociétaires avait diminué pour plusieurs raisons qu'il énumérait, et dont je vous ai donné une seconde lecture ce matin. La déclaration en question portait sur une époque immédiatement antérieure à la guerre.

Le PRÉSIDENT: Deux ans avant.

M. JOHNSTON: Oui, mais c'était, pour ainsi dire, juste quelque temps avant la guerre. A la page 34 de ce rapport de la *Canadian Medical Association*, il était question de la caisse du cancer. Il est étonnant aussi, de constater que, lorsque fut discuté, en 1937, le problème de savoir qui aurait la gestion de la caisse du cancer, la *Canadian Medical Association* déclara être l'organisme tout désigné pour administrer la caisse que l'on était en voie de créer. Sur ce point, la *Canadian Medical Association* adopta, apparemment, la même attitude que celle que prennent actuellement la majorité des membres de la C.M.A.. Je tiens à lire la déclaration du Dr Meakins sur ce point, car elle vaut aussi pour nous. A la page 34 des procès-verbaux de la *Canadian Medical Association*, le Dr Meakins s'exprimait en ces termes et, naturellement, le Dr Meakins fait partie de la C.M.A.:

J'ai bien peur que, si les directeurs remettent à la C.M.A. \$40,000 par an, le peuple en sera mécontent. Si, d'autre part, les directeurs, avec cet argent en caisse, dressent le plan d'une association nationale du cancer et, tout en déboursant la totalité de leurs intérêts et une partie de leur capital, continuent également d'essayer de prélever des fonds additionnels, nous pourrions peut-être assumer la charge de la propagande pour ce qui concerne la profession médicale. Notre organisme en imposerait-il assez à tous les profanes au Canada pour réaliser le projet en question? Je crois plutôt que ce serait là assumer une lourde responsabilité qui, sous certains rapports, serait plus avantageusement confiée à un organisme national où les profanes seraient représentés aussi bien que la profession médicale.

Le Dr Primrose prend alors la parole:

Les directeurs n'ont d'autre pouvoir que celui de déboursier de l'argent. Ils ne pourraient pas créer un organisme.

J'arrive maintenant à l'article où le Dr Meakins parle du nombre de médecins canadiens qui font partie de la C.M.A. Le Dr Meakins:

La *Canadian Medical Association* ne représente que 28 p. 100 de la profession médicale au Canada.

Voilà exactement le chiffre que j'ai donné l'autre jour, et je citais de mémoire. Vous avez maintenant la preuve, puisée à même les dossiers officiels concernant la réunion de la *Canadian Medical Association* tenue à Ottawa les 21, 22, 23, 24 et 25 juin 1937. Sauf le respect que je vous dois, je crois que le Dr McCann est tenu à des excuses pour les remarques inciviles qu'il a faites l'autre jour.

M. KINLEY: Le point a-t-il été repris dans une discussion ultérieure?

M. JOHNSTON: Non, j'ai relu le témoignage attentivement, et je ne retrouve nulle part la récusation. De fait, il n'y a pas eu de contradiction.

M. DONNELLY: Il n'y avait là qu'une question d'opinion. Le Dr Routley a témoigné ici, et ses affirmations devraient certainement inspirer plus de confiance que cela.

M. JOHNSTON: Le Dr Routley est également en cause.

M. DONNELLY: Le Dr Routley a rendu devant le Comité un témoignage qui contredit celui-là.

M. JOHNSTON: Il a témoigné à cette réunion, et j'en ai été particulièrement soucieux. Je ne récus pas ce que le Dr Routley a dit devant le Comité, mais je tiens à déposer la preuve de mon assertion de l'autre jour, celle qui a été démentie par le Dr McCann. Je n'en pense pas moins, monsieur le président, sauf le respect que je vous dois, que le Dr McCann devrait retirer ces observations.

Le PRÉSIDENT: Il faudra attendre que le Dr McCann soit parmi nous.

M. JOHNSTON: Je regrette qu'il soit absent.

Le PRÉSIDENT: Je vous signale seulement que vous citez une déclaration faite en juin 1937, et que le Dr Routley parlait de l'été de 1943.

L'hon. M. BRUCE: J'allais justement signaler la même chose, à savoir que peut-être la situation dont parle M. Johnston existait, qu'elle existait même très certainement—je présume que son mémoire est exact—en juin 1937, mais que ce que nous discutons l'autre jour, c'était la situation en 1943, cinq ans plus tard.

Le PRÉSIDENT: Six ans.

L'hon. M. BRUCE: Si je me rappelle bien, quelqu'un a demandé à M. Johnston de citer ses sources, et la date de ses sources. Malheureusement, il ne lui était pas possible de le faire alors. Je suis sûr que le Dr McCann consentirait à rétracter ce qu'il a dit, s'il était ici—je suis sûr qu'il consentirait—et je dis que le malentendu résulte du fait que M. Johnston a omis de nous donner la date de son renseignement, ce qui était de première importance. En six ans, le nombre de membres de la *Canadian Medical Association* a beaucoup augmenté, et les chiffres fournis par le Dr Routley le 6 avril 1943, ceux que j'ai cités ici même, à la dernière réunion, en sont la preuve.

M. DONNELLY: Monsieur le président, j'ai sous la main le compte rendu du Comité spécial de la sécurité sociale, le présent Comité, en date du 6 avril 1943. Le Dr Routley a comparu, l'an dernier, devant le Comité et, à la page 140, on lit ce qui suit:

Tous les médecins canadiens bien considérés dans leurs collectivités peuvent volontairement devenir membres de la *Canadian Medical Association*. Le Canada compte environ 10,600 médecins, dont 8,500 sont anglophones et à peu près 2,100 francophones. De ce nombre global l'Association en comprend 6,388 dont plus de 300 sont francophones.

Voilà le témoignage que j'emprunte au secrétaire de l'Association, car c'est lui qui a les dossiers, et ce témoignage a été déposé ici même le 6 avril 1943.

M. WRIGHT: Il ressort assez clairement de la déclaration de l'honorable monsieur que, aussitôt qu'il fut évident qu'une loi sur la santé serait probablement envisagée par le Gouvernement fédéral, les médecins songèrent à protéger leurs droits par l'intermédiaire de leur propre association. Voilà la conclusion que je dégage des remarques qui ont été faites.

L'hon. M. MACKENZIE: C'est là un exemple de bon esprit syndicaliste.

M. KINLEY: Je trouve que le témoignage où a puisé M. Johnston justifie sa déclaration, mais n'en prouve pas le bien-fondé. Peut-être devrions-nous nous renseigner auprès des autorités sur les sociétaires de la *Canadian Medical Association*.

Le PRÉSIDENT: Le renseignement nous a été fourni en avril dernier.

M. VENIOT: Un mot seulement. Je ne veux pas allumer une controverse sur cette question des sociétaires de la *Canadian Medical Association*, mais je puis dire que la *Canadian Medical Association* a été réorganisée en 1921. J'étais présent, à Halifax, lors de cette réorganisation, et j'ose affirmer qu'à l'époque nos membres ne représentaient pas plus du cinquième ou du sixième des praticiens de la médecine au Canada. A la suite de cette réorganisation de la *Canadian Medical Association*, nos listes de membres commencèrent à se remplir et elles n'ont cessé, depuis, d'augmenter. Les chiffres cités par M. Donnelly et datant de 1943 sont exacts; les chiffres donnés il y a quelques semaines, lors d'une réunion du conseil de la *Canadian Medical Association*, indiquaient que notre liste de membres portait 6,600 noms. Dans l'allocution que j'ai prononcée à notre dernière séance, j'ai parlé sans doute un peu à brûle-pourpoint, je dois le dire—sans notes, sans les chiffres voulus et sans les faits qu'il fallait avoir en main. Mais je crois qu'il est juste d'affirmer que les membres de la *Canadian Medical Association* se sont multipliés depuis notre réorganisation et depuis la tenue de nos séances annuelles conjointement avec les organismes provinciaux. La tenue de ces séances conjointes du conseil de la *Canadian Medical Association* et des divisions provinciales est l'un des grands événements qui ont contribué à multiplier nos membres. En outre, comme l'a signalé M. Wright, il est fort naturel, aussi, sans doute, que les médecins cherchent à entrer en masse dans la *Canadian Medical Association*, à la veille de l'adoption de mesures qui, selon toutes prévisions, sont appelées à révolutionner la pratique médicale au Canada; qui les en blâmera?

M. JOHNSTON: Je ne les en blâmerai pas du tout. Je n'en suis pas là.

M. VENIOT: Non. J'insiste sur ce point. Qui les en blâmera? Nous avons le droit de recruter de nouveaux membres, de nous rassembler tout aussi bien qu'un autre organisme, et de former une union. Les mécaniciens ont constitué un syndicat, les employés de tramway également. Nous avons aussi le privilège de nous unir. Je veux seulement signaler que, si nous nous multiplions, cela tient à plusieurs motifs, que je n'étais pas en mesure d'énumérer la dernière fois.

M. JOHNSTON: Je ne mets en doute rien de ce que vous avez dit l'autre jour, monsieur Veniot.

M. VENIOT: Non. Je ne veux entrer en controverse ni avec vous ni avec personne sur ce point particulier.

M. JOHNSTON: Non.

M. VENIOT: Mais, d'autre part, je veux que personne ne puisse dire que la *Canadian Medical Association* n'est pas autorisée à parler au nom de la profession médicale au Canada. Nous le sommes absolument, et avec le temps ce pouvoir de parler au nom de la profession médicale au Canada ne saurait que s'accroître et que continuer de s'accroître.

M. SLAGHT: Le docteur pourrait-il nous dire si, dans l'union, on a prévu les grèves?

M. HOWDEN: Sauf tout le respect que je vous dois, je dois dire que la présente discussion me paraît trop futile pour nous retenir plus longtemps. Cependant, en ma qualité de vieux médecin—car j'avance passablement en âge—je dois déclarer ce qui, d'après moi, est la moelle du problème. Au fait, tous les médecins au Canada sympathisent avec l'activité et les efforts de la *Canadian Medical Association*. Dans la province du Manitoba, nous avons la *Winnipeg Medical Association*, nous avons la *Manitoba Medical Association* et nous avons la *Canadian Medical Association*. Mais les médecins, en règle générale, ne s'intéressent qu'à l'activité de l'association à laquelle ils peuvent collaborer. Il n'y a, tous les ans, qu'une réunion conjointe de la *Canadian Medical Association*. Il est vrai, comme l'a dit le Dr Véniot, que des représentants sont envoyés aux réunions provinciales et, depuis qu'a été adoptée la pratique d'envoyer des représentants aux réunions provinciales, les membres du grand organisme se sont multipliés.

Nous avons tous à cœur les efforts et les objectifs de la *Canadian Medical Association*. Je parie que le nombre des médecins au Canada qui ne s'y intéressent pas chaleureusement est inférieur à 2 p. 100 du total, mais nous ne prenons pas toujours la peine d'inscrire nos sociétaires. Disons que, cette année, il y a une séance de la *Canadian Medical Association* au Manitoba. Les probabilités sont que, autant que possible, les médecins du Manitoba se rendront en masse aux séances et qu'ils reviseront leurs listes de sociétaires. L'an prochain, disons qu'il se tiendra une réunion en Colombie-Britannique; plusieurs médecins du Manitoba n'enverront pas leur cotisation annuelle et leur nom sera rayé de la liste, de sorte que les listes changent d'année en année. Je le répète, on ne s'intéresse, en règle générale, qu'à un effort auquel on peut réellement collaborer. Il est incontestable que nous avons tous à cœur la *Canadian Medical Association*. Nous savons que cette association cherche à favoriser les meilleurs intérêts, non seulement de la profession médicale en notre pays, mais du peuple tout entier, et nous l'appuyons chaleureusement.

M. McIVOR: Monsieur le président, j'aurais un mot à dire de l'association médicale à Thunder Bay. Les membres sont des hommes très capables, et je pense que presque chacun des médecins qui exerce sa profession au nord des Lacs est de l'union. Ils sont très généreux parce qu'ils m'ont invité à porter la parole parmi eux, et je l'ai fait. J'ai pu me rendre compte que les vues de l'association médicale au nord des Lacs étaient à la fois désintéressées et profondes. Je doute qu'un seul médecin au nord des Lacs n'appartienne pas à l'union. Cependant, le Dr McCann et M. Johnston nous ont ancré la chose dans l'esprit. Je suis sûr que vous n'oublierez pas les 28 p. 100 mentionnés par M. Johnston, et je n'oublierai pas les chiffres donnés par d'autres. Je pense que ces messieurs ont bien mérité du Comité. Mais ce sont des députés, donc des hommes de bon sens, et ils régleront certainement leurs disputes soit au Comité, soit en dehors du Comité.

Le PRÉSIDENT: Je ne doute pas, messieurs, que tous les membres du Comité veulent collaborer avec la plus grande courtoisie et la meilleure harmonie à l'activité du Comité. Nous sommes en face d'une mesure importante de bien-être social, et il ne devrait pas y avoir place pour les débats acrimonieux. M. Johnston a accusé, je crois, le Dr McCann d'avoir dit que M. Johnston avait déclaré vrais des chiffres en les sachant faux.

M. JOHNSTON: Oui.

Le PRÉSIDENT: Et il demande au Dr McCann de retirer cette insinuation. Au cours d'une discussion, on dit parfois, sans aucune intention blessante, des choses qui blessent. Je pense que le Dr McCann, s'il retirait son affirmation, mettrait fin au débat.

M. McCANN: Monsieur le président, on vient de me mettre au courant de la discussion qui a eu lieu ce matin. Je n'ai pas l'habitude d'agir avec précipitation.

Le PRÉSIDENT: Non.

M. McCANN: Je n'ai l'intention de retirer rien de ce que j'ai dit avant d'avoir lu la déclaration qu'a faite ce matin M. Johnston. J'ai dit à la dernière réunion que M. Johnston avait donné des chiffres que je trouvais inexacts; et, je le répète, les positions restent exactement les mêmes tant que je n'aurai pas pu lire le compte rendu du débat de ce matin.

Le PRÉSIDENT: Etes-vous satisfait, monsieur Johnston?

M. JOHNSTON: Il le faut bien.

Le PRÉSIDENT: Nous pourrions y revenir plus tard.

Je propose donc que nous discutions, ce matin, la deuxième page du mémoire ou de l'ordre du jour que nous avons sous les yeux, la dernière fois, quant au montant des contributions. Je propose, en outre, qu'il y ait échange de vues sur cette question des contributions, et que nous entendions non seulement l'opinion majoritaire, mais d'autres opinions, afin de pouvoir ensuite soumettre au congrès provincial des ministres de la Santé un, deux ou trois plans qu'ils étudieront et entre lesquels ils choisiront ce qui leur paraît le plan le mieux conçu et le plus satisfaisant. Cela vous va-t-il? Dans l'affirmative, voyons l'alinéa (b) de l'article 2...

M. HOWDEN: Voulez-vous parler de l'avant-projet de loi?

Le PRÉSIDENT: Non, de l'ordre du jour que nous avons devant nous la dernière fois. Vous avez cet ordre du jour. Je vais donner lecture des trois plans proposés. Le numéro 1 figure sur la page liminaire, "sommés à percevoir par la contribution annuelle de \$12 et par l'impôt sur le revenu". Il y a ensuite trois plans à la page 2. Quelle est votre intention? Voulez-vous examiner les points par ordre?

M. JOHNSTON: Je propose de les examiner par ordre; de cette manière, il n'y aura pas de confusion.

Le PRÉSIDENT: Voyons donc (a), et la deuxième proposition sera étudiée ensuite.

M. JOHNSTON: Oui.

Le PRÉSIDENT: Voici: "Augmenter le montant de la contribution de \$12 et abolir la contribution sous forme d'impôt sur le revenu." Docteur Howden, je pense que vous avez fait observer que \$12 étaient trop élevés.

M. HOWDEN: Monsieur le président, je ne crois pas qu'il importe du tout de choisir \$10 ou \$12. Ce qu'il faut faire, c'est adopter l'un de ces chiffres, et passer aux affaires du Comité.

M. JOHNSTON: Monsieur le président, je ne puis que répéter ce que j'ai déjà dit. Quand le Dr Howden a proposé, l'autre jour, de réduire la contribution de \$12 à \$10, j'ai déclaré que j'étais d'accord avec lui. Si nous voulons adopter une contribution, j'affirme sans ambages que celle de \$10 serait préférable à celle de \$12. Le Dr Heagerty a proposé, je pense, d'adopter celle de \$12 et de supprimer les autres impôts sur le revenu. Je crois avoir bien cité les chiffres. Sinon, le Dr Heagerty me corrigera. Je ne veux disputer ni les \$10 ni les \$12. Je préfère \$10, naturellement, parce que c'est le moindre de deux maux.

M. HOWDEN: C'est un chiffre plus attrayant.

M. JOHNSTON: Oui, vous avez raison. Je pense qu'on ne devrait prélever aucun droit additionnel et que, s'il faut d'autres fonds, ceux-ci devraient être puisés à même le revenu général pour pourvoir à cette dépense. Je crois que c'est là l'opinion que j'ai déjà énoncée, et je voulais y revenir.

M. McCANN: Monsieur le président, je ne suis pas d'avis que ce chiffre soit plus attrayant, parce que la contribution sera probablement une contribution mensuelle; si elle était de \$1 par mois, elle serait perçue tout aussi facilement que 87c. ou tout autre montant, et comporterait une tâche moins onéreuse. Il y a aussi le fait qu'une contribution additionnelle de \$2 par an par personne représente une grande différence, au point de vue de l'Etat. Si le service est établi sur une base contributoire, je propose que la contribution devrait être de \$12 par année ou de \$1 par mois.

M. WRIGHT: Quant à ce que le Dr McCann vient de dire de la perception des deniers, je ne pense pas que les choses se passeraient ainsi. Il ne s'agira pas d'une déduction de revenu. La somme sera payée sous forme d'un droit d'inscription, et il est certain que les gens ne seront pas tenus, individuellement, de se présenter une fois par mois et de verser une cotisation de \$1. Le droit d'inscription de \$12 ne sera certainement pas versé en plus de deux paiements par an.

Je tiens à revenir sur le fait que ce montant de \$12 est trop élevé, qu'en plusieurs parties du Canada certaines classes de la population en seront écrasées, mais peut-être pas à l'heure qu'il est, puisque nous bénéficions aujourd'hui d'un revenu plus élevé que nous n'en ayons jamais connu, sans doute, depuis l'autre guerre. Dans la province de la Saskatchewan, nous avons eu durant cinq ans, en moyenne, un revenu agricole quelque peu inférieur à \$300, et la contribution de \$12 est certainement trop élevée pour ces cultivateurs comme contribution individuelle. Elle comporte l'affectation d'une trop large part du revenu total aux frais médicaux. Cela s'applique aussi à la province du Nouveau-Brunswick, à la province de Québec, au nord de l'Ontario et, je pense, à toutes les régions nouvellement colonisées. Je n'approuve sûrement pas la proposition (a) qui voudrait augmenter cette somme et abolir la contribution par voie d'un impôt sur le revenu. Plus tard, je m'étendrai davantage quant à (b) et j'aurai une solution à proposer.

Le PRÉSIDENT: Avez-vous une proposition bien définie à nous faire quant à (a)?

M. WRIGHT: Je propose seulement de ne pas l'adopter. Je pense que nous ne devrions pas augmenter la contribution individuelle, comme le propose (a). Quant à (b), je crois que la proposition énoncée là est fort louable. J'irais même plus loin. J'apporterais, comme je l'ai dit à la dernière réunion, l'amendement proposé, si j'ai bonne mémoire, par l'un des députés du Québec.

Le PRÉSIDENT: M. Côté.

M. WRIGHT: Oui, M. Côté. J'avais proposé, à cette époque, que 50 p. 100 du coût total du projet soient acquittés à même le revenu consolidé du Dominion, que 25 p. 100 soient acquittés à même le revenu consolidé des provinces—ces 25 p. 100 comprendraient les frais d'administration—et 25 p. 100 puisés dans la caisse des droits d'inscription individuelle, ce qui donnerait une contribution d'environ \$8, au lieu de \$12. Vous vous rappelez qu'à cette réunion ou à la séance antérieure, j'avais fait observer que peut-être certaines de nos provinces se trouveraient dans l'impossibilité d'assumer leur part de dépenses dans ce projet de loi. Je proposais d'insérer dans le bill une disposition semblable à celle du rapport Rowell-Sirois, et prévoyant que toute province qui pourrait prouver que son revenu est inférieur à la moyenne pour le Dominion recevrait du Dominion un octroi spécial à ces fins. Voilà les propositions que j'avais à faire à ce sujet.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Wright.

M. LOCKHART: Monsieur le président, il y a un point qui paraît obscur à la suite de la discussion de l'alinéa (a). Je présume qu'il serait peut-être hors de propos de poser une question au Dr Heagerty.

Le PRÉSIDENT: Pas du tout.

M. LOCKHART: Je me demande si le Dr Heagerty a eu des entrevues même non officielles avec les directeurs d'hygiène, les ministres ou les sous-ministres des provinces. Leur attitude et leurs propositions sembleraient pourtant très à propos, quant à la politique qu'adoptera notre Comité. Je me demande seulement si le Dr Heagerty prendrait sur lui d'indiquer l'attitude des chefs de l'administration de la santé dans les différentes provinces; parce que, après tout, la tâche leur incombera en grande partie en fin de compte et je pense que leurs conseils et directives devraient être acceptés. Je me demandais si le Dr Heagerty était prêt à nous éclairer sur ce sujet.

Le Dr HEAGERTY: Nous n'avons eu avec les provinces aucune discussion quant aux estimations du coût du projet. Au fait, nous ne sommes pas entrés dans les détails du projet de loi, pour la raison dont j'ai parlé déjà.

J'aimerais toutefois, avec votre permission, ajouter que la contribution de \$12 est probablement la moins élevée de tous les pays du monde, par rapport aux avantages qu'en retirent les contributeurs. A notre sens, rien n'a été omis, dans le présent bill, quant aux services préventifs et aux privilèges de traitement offerts. Il s'agit, pour ainsi dire, de donner gratuitement l'assurance-santé à la population. Sans doute, la chose est aussi équitable que possible, quant à la contribution de \$12.

Le PRÉSIDENT: Y a-t-il d'autres questions sur l'alinéa (a)?

M. HOWDEN: Monsieur le président, j'ai à peu près épuisé le sujet que j'avais entamé l'autre jour; mes opinions n'ont pas changé. J'ai proposé d'abaisser la prime de \$12 à \$10, parce que \$10 me semblait un chiffre rond et me paraissait plus à la portée des petits budgets. J'ai pensé qu'une hausse de la prime d'impôt sur le revenu n'aurait aucun effet sur les gens de revenus moyens, qu'ils paieraient à peu près la même chose en fin de compte, tandis que les gens plus pauvres paieraient moins et que ceux qui sont plus capables de payer combleraient la différence, grâce à la hausse de la prime. Je ne vois pas que cela puisse faire une bien grande différence, puisque le gouvernement fédéral s'engage à venir en aide à ceux qui ne peuvent payer la contribution basée sur le revenu. Je ne crois pas que nulle part dans le pays l'on entende beaucoup de plaintes au sujet de cette prime de \$12 ou de \$10. Je suis d'avis que le Comité devrait adopter cette mesure et passer à l'étude de quelque autre partie du bill, d'une façon ou d'une autre. Si vous désirez une motion à cet effet, il me fera plaisir de proposer maintenant, au même effet que ma suggestion, que la prime provinciale soit fixée à \$10, et que la limite de la prime d'impôt sur le revenu soit haussée à un niveau déterminé après avoir consulté les actuaires et qui permettra de combler le montant déficitaire.

M. JOHNSTON: Puis-je vous poser une question, docteur Howden?

M. HOWDEN: Oui.

M. JOHNSTON: Vous remarquerez en (b) "le maintien de la contribution de \$12, l'abolition du recouvrement au moyen de l'impôt sur le revenu et la substitution de versements supplémentaires à même le revenu national". Je me demandais si vous aviez vraiment l'intention de prendre le montant en sus des \$12 à même le revenu national plutôt que de hausser l'impôt sur le revenu, parce qu'il y a là une différence importante.

M. HOWDEN: Non. J'avais l'intention d'équilibrer les primes. Mon idée était de hausser les contributions d'impôts.

M. JOHNSTON: Ne croyez-vous pas qu'il serait beaucoup plus équitable de puiser à même le revenu national, comme le propose (b), quoique nous en soyons à discuter (a). Mais le choix proposé dans (b) est de puiser à même le revenu national sans tenir compte aucunement de l'impôt sur le revenu.

M. HOWDEN: Mon idée était d'alléger à quelque degré le fardeau des gens de revenus modestes et d'augmenter légèrement celui des gens plus aisés.

M. JOHNSTON: Mais faites-vous cela?

M. HOWDEN: Je doute que cela se réalise, à moins de procéder de cette manière-ci.

L'hon. M. BRUCE: Je crois que la motion du Dr Howden embrouille la question, sauf le respect que je lui dois. Nous discutons de la différence entre \$10 et \$12 dans les contributions. Décidons de cela en premier lieu.

M. HOWDEN: Il faudra parfaire la somme de quelque façon.

L'hon. M. BRUCE: Ne nous occupons pas de cela pour l'instant. Je suggère que nous laissons ce problème de côté, parce que vous allez voir que le Dr Howden en a soulevé un autre, auquel M. Johnston a fait allusion, en disant qu'il ajouterait la somme manquante à l'impôt sur le revenu, tandis que dans (b) qui est, je crois, le plan proposé par M. Côté et que j'avais appuyé—bien qu'il n'y eut aucune nécessité pour moi de l'appuyer—il est déclaré clairement que nous abolirons les encaissements au moyen de l'impôt sur le revenu et qu'à la place les paiements supplémentaires seront effectués à même le revenu national. S'il y a quelque divergence d'opinions sur la question de décider s'il faut \$10 ou \$12, en réglant cela nous pourrions ensuite passer à l'étude du plan (b).

M. McIVOR: Pour continuer, j'appuierai la motion du Dr Howden. J'ai mémoire qu'un comité du syndicat des cheminots est venu me voir pour me dire que toute cette histoire coûterait plus cher que ne leur coûte actuellement l'assurance-maladie. A cela, j'ai répondu de mon mieux, et j'ai pris la défense du Comité relativement au projet d'assurance contributive; mais ces hommes m'ont déclaré, et ils me l'ont prouvé, qu'à leur propre point de vue ils peuvent obtenir de meilleures assurances que celle-ci, en se groupant entre eux. J'appuie la motion.

M. DONNELLY: Monsieur le président, nous essayons de faire adopter un projet de loi concernant l'assurance-santé, et il est proposé, en rapport avec ce bill, d'obtenir coopération et assistance des gouvernements provinciaux. Nous touchons ici à un sujet très, très important: le financement de ce bill, ou la manière dont il sera financé, et la question de savoir où nous trouverons l'argent. Rappelons-nous que ces \$12 doivent être perçus par les gouvernements provinciaux. Ce sont eux qui seront chargés de les percevoir et c'est bien à eux qu'il appartient de dire si le montant est trop élevé ou trop bas. Je suis d'avis que c'est parler un peu prématurément que de dire que nous allons leur demander de nous donner \$10 ou \$12. Je crois que nous devrions attendre de rencontrer les représentants des provinces et d'entendre ce qu'ils ont à dire sur la question de savoir si c'est trop ou trop peu. C'est là le point principal de l'affaire. Il est très bien de décider que l'on va faire quelque chose, encore faut-il régler la chose la plus importante d'abord, et c'est la partie financière, la question de trouver l'argent. Si les gouvernements provinciaux ne veulent pas collaborer avec nous ils ne sont pas obligés de le faire. Nous adoptons une loi, mais si certaines provinces ne veulent pas la mettre en vigueur elles n'y sont pas tenues. C'est absolument la même chose que dans le cas de la Loi des pensions de vieillesse. Nous l'avions adoptée et l'avions mise en vigueur en autant que nous étions concernés comme Dominion, mais elle ne fut appliquée dans toutes les provinces que beaucoup plus tard. Nous devons nous assurer que ce que nous voulons accomplir recevra une approbation presque unanime dans chacune des provinces du Dominion. Je crois qu'il serait sage si, avant de nous prononcer sur une question de ce genre, nous attendions que les représentants des provinces soient arrivés et nous fassent connaître leur opinion pour ce qui a trait au montant en question.

M. HOWDEN: Nous ne sommes pas en train de soumettre un bill; nous ne faisons qu'émettre des conseils sur l'administration. On veut connaître la façon de voir de la Chambre sur ce bill.

Le PRÉSIDENT: Un instant; permettez-moi de vous expliquer ceci plus clairement. Lorsque les ministres provinciaux de la Santé se réuniront ici en conférence le 10 mai ils s'attendent à recevoir de nous certaines recommandations ou suggestions. Il s'agira peut-être d'un plan, de deux plans, de trois plans ou de quatre plans dans l'ordre de préséance. On s'attend sûrement à ce que le Comité fasse cela, et il y est obligé. C'est tout ce que nous essayons de faire.

M. MCGARRY: Je m'accorde avec ce que le président vient de dire. Lorsque ces représentants provinciaux viendront ici ils s'attendent à ce que nous ayons quelque plan à leur soumettre.

Le PRÉSIDENT: Des recommandations.

M. MCGARRY: Somme toute, nous recueillons des renseignements, et lorsque ces gens viendront ici ils voudront savoir ce qu'est notre plan avant de l'adopter. Je crois qu'il est dans nos attributions de faire préparer ce plan.

L'hon. M. MACKENZIE: Monsieur le président; je suis plutôt d'avis que la conférence du 10 mai ne traitera pas d'une manière concluante les aspects financiers de ces projets. Je crois que cela fera partie du domaine plus large de la véritable conférence fédérale-provinciale. Cette conférence préliminaire a pour but l'étude du côté hygiénique et administratif du bill, de la question des honoraires et de l'administration dans les provinces. Je suis fortement de l'avis du président. Je crois que ce serait faire erreur que de se montrer catégorique ou exigeant au sujet de n'importe quel plan spécifique. Je crois que nous pouvons ranger dans l'ordre de notre opinion un, deux ou trois choix pour discussion avec les autorités provinciales et que cela serait de nature à aider, mais personnellement je serais quelque peu embarrassé si nous abordions un seul plan spécifique, parce qu'alors je pourrais engager le gouvernement sur un projet spécifique et je ne me sens pas libre de le faire. J'apprécie à sa juste valeur l'opinion du Comité comme guide pour l'avenir. Je ne vois rien qui s'oppose à ce que nous mettions deux ou trois choix dans l'ordre de vos préférences. Je crois que ce serait là pour l'avenir un guide très précieux tant pour le gouvernement que pour les provinces.

M. HOWDEN: En d'autres termes, vous désirez présenter à ces gens une cible sur laquelle tirer lorsqu'ils viendront ici.

L'hon. M. MACKENZIE: Précisément; je ne vois pas d'objections à ce que le Comité indique ses préférences, par exemple, quant à la somme de \$12, de \$12 plus un certain montant d'impôt sur le revenu, ou la recommandation du comité des finances.

M. McCANN: Ne pensez-vous pas qu'il est beaucoup plus important que le Comité adopte certains principes plutôt que les détails?

L'hon. M. MACKENZIE: Oui.

M. McCANN: Je crois que c'est chose essentielle. Le Comité devrait étudier les principes fondamentaux et être en mesure de faire des recommandations ou de définir son attitude quant aux principes.

M. WRIGHT: En matière de procédure, est-ce que M. Côté n'a pas fait une motion?

Le PRÉSIDENT: J'en arrive justement à cela.

M. WRIGHT: Cela ne devrait-il pas passer avant la motion de M. Howden?

Le PRÉSIDENT: Si vous consultez l'alinéa (c), il y est dit: "Si aucune conclusion n'a été adoptée au sujet de ce qui précède, il est à désirer qu'un plan alternatif soit proposé." Le plan de M. Côté est un plan alternatif.

M. JOHNSTON: N'était-ce pas son alinéa (b)?

Le PRÉSIDENT: Non. J'ai l'amendement de M. Côté. Il prévoit qu'un taux uniforme de contributions annuelles de \$12 par adulte sera proposé aux provinces, abandonnant à celles-ci le soin de modifier ce taux de base sans changer le montant total pour lequel les provinces seront responsables à tant par tête.

M. CÔTÉ: Peut-être serait-il plus simple de diviser cette motion en deux. Premièrement, je propose que le taux uniforme de contributions à conseiller aux provinces soit établi sur une base annuelle de \$12 par adulte, et dans une deuxième motion je pourrais proposer que l'on accorde aux provinces l'autorité nécessaire pour ajuster ou modifier le taux de \$12, suivant les besoins ou les problèmes de chacune.

M. HOWDEN: Je crois que cela se trouve déjà quelque part dans le bill.

M. HEAGERTY: Article 4 du bill.

M. CÔTÉ: J'ai attiré l'attention du Comité sur l'article 6 de la loi provinciale que nous proposons. Selon cet article, il appert que les provinces n'auront aucune autorité pour réduire le taux uniforme des contributions à moins que la personne concernée n'en ait fait la demande. Mon plan serait de donner aux provinces l'autorité voulue pour prendre l'initiative d'une réduction si les provinces croient qu'une échelle différente doit être adoptée dans l'établissement du taux uniforme des contributions. Cela sans diminuer en dernier ressort la contribution des provinces à leurs Caisses d'assurance-santé respectives, contribution qui serait toujours calculée sur une base annuelle de \$12 par adulte. Peut-être serait-il plus expéditif d'étudier dans le moment la première partie de la motion.

Le PRÉSIDENT: Le Dr Howden a présenté une motion à l'effet que la contribution soit de \$12.

M. HOWDEN: \$10.

M. CÔTÉ: Je propose de conserver le taux uniforme de contributions de \$12.

M. SLAGHT: Comme amendement.

M. CÔTÉ: J'ai présenté une motion à la dernière séance pour que le taux uniforme de contributions proposé aux provinces soit établi sur une base annuelle de \$12 par adulte.

M. SLAGHT: J'appuie cette motion.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Bryce, auriez-vous des commentaires?

M. BRYCE: Dans le rapport soumis par le Comité des finances, nous avons tenu compte de la possibilité que les provinces perçoivent une contribution annuelle uniforme inférieure à \$12. A la page 3 des témoignages recueillis par le Comité, séance du 1er mars, le ministre disait:

Le Comité a, en conséquence, recommandé—il était question de la contribution de \$12, si je puis me permettre de le citer—pourvu que dans le cas où une province, après l'application de l'assurance-santé pendant deux années ou plus, puisse démontrer son habileté à pourvoir des services d'hygiène de la qualité requise à un coût, par assuré, inférieur à la moyenne fédérale, il sera loisible à cette province de réduire proportionnellement la contribution uniforme annuelle, mais le montant de \$12 servira pour les fins du calcul de la subvention fédérale.

M. JOHNSTON: Où cela se trouve-t-il?

M. BRYCE: A peu près au milieu de la page.

M. JOHNSTON: Paragraphe 1?

M. BRYCE: Paragraphe 1, alinéa (a). Ce à quoi nous pensions c'était que les provinces où l'on peut raisonnablement prévoir que le coût sera moins élevé, pourraient prélever une contribution inférieure. Je crois, si je me rappelle bien

ce que nous avons en vue, que nous ne voulions pas que les contributions soient fixées à un niveau si bas que le manque de fonds conduise une province à créer des services qui n'auraient pas réellement la qualité requise, mais que là où l'on peut établir des services à un coût justifiant une contribution moins élevée, une contribution moins élevée sera alors acceptée.

M. JOHNSTON: Puis-je poser une question? Comment cela serait-il possible, en prenant en considération le fait que les provinces seront tenues de verser \$12 au Dominion, de toute façon? Si j'interprète bien vos paroles, comme les provinces seront responsables pour les \$12, il leur sera loisible de réduire le coût individuel et de combler la différence à même leur revenu général. En fin de compte, elles se trouveront toujours à verser \$12; par conséquent la qualité des services ne sera pas diminuée.

M. BRYCE: C'est la province qui administre la Caisse.

M. HOWDEN: C'est le Dominion qui donne aux provinces et non pas les provinces qui donnent au Dominion.

M. BRYCE: Le Dominion sera appelé à faire certains versements aux provinces.

M. JOHNSTON: Mais les provinces devront constituer un montant total de \$12.

M. BRYCE: Si le coût était de \$12, oui, mais si le coût était moins élevé nous avons émis l'avis que leur contribution pourrait être moins élevée. Dans l'avant-projet de loi, nous ne pouvions expliquer tout cela. Nous y avons mis un chiffre de \$12, mais dans le rapport de notre sous-comité des finances nous avons émis cette proposition, qui explique sans doute l'idée que se sont formée quelques-uns des députés.

M. JOHNSTON: Serait-il possible d'établir différents niveaux dans chacune des provinces? Je ne crois pas que cela soit à souhaiter.

M. BRYCE: La question est de savoir si le coût peut dans certaines provinces, être moins élevé que dans d'autres.

M. MCGARRY: Avec le même niveau?

M. BRYCE: Avec le même niveau.

M. JOHNSTON: Du moment que vous maintenez les services d'hygiène au même niveau.

M. BRYCE: C'est le but que nous nous proposons. Nous avons dit: "Pourvu que dans le cas où une province, après l'application de l'assurance-santé pendant deux années ou plus, puisse démontrer son habileté à pourvoir des services d'hygiène de la qualité requise à un coût, par assuré, inférieur à la moyenne fédérale".

M. SLAGHT: Puis-je demander ce que ce dernier membre de phrase signifie: "...mais le montant de \$12 servira pour les fins du calcul de la subvention fédérale"? A supposer qu'une province fixe la contribution à \$6 au lieu de \$12, le Dominion devra-t-il, en effectuant ses paiements à cette province, prendre pour acquis qu'elle a perçu les \$12, tout comme si elle l'avait fait? Qu'est-ce que cela veut dire: "...le montant de \$12 servira pour les fins du calcul de la subvention fédérale"? Dans le cas d'une province qui fixe ce montant à \$6 et non à \$12, qu'arrivera-t-il?

M. BRYCE: A la façon dont la chose s'applique, la subvention fédérale est calculée non pas en fonction du coût d'exécution dans une province en particulier, mais plutôt en fonction du coût moyen d'exécution dans l'ensemble des provinces. C'est ce coût moyen d'exécution dans toutes les provinces que l'on compare avec le chiffre de \$12 pour obtenir le montant de la subvention pour la province. Par conséquent, nous sommes d'avis que si, dans une province en particulier,

les frais sont moins élevés que la moyenne, la contribution exigée peut être inférieure à la moyenne; toutefois, pour déterminer le montant de la subvention fédérale à cette province, il faut utiliser le coût moyen dans l'ensemble des provinces. Le montant de \$12 représente la norme des contributions pour toutes les provinces, mais une province ne souffrirait pas trop de ce fait, parce que si les frais y sont moins élevés que la moyenne, les contributions y seront aussi moins élevées que la moyenne.

M. HOWDEN: Cela ne veut-il pas dire que le gouvernement fédéral comblera la différence entre \$12 et \$21.60?

M. BRYCE: Oui, à moins qu'il n'arrive que le coût moyen diffère de \$21.60.

M. WRIGHT: Supposons que le coût moyen dans une province dépasse \$21.60; supposons qu'il atteigne \$25 en Colombie-Britannique. Qui comblera la différence entre \$21.60 et \$25? D'après ce que je puis comprendre au bill, la province paiera 50 p. 100 et le Dominion 50 p. 100 de la somme à parfaire.

L'hon. M. MACKENZIE: C'est cela.

M. WRIGHT: Je veux savoir si cela est exact. Je voudrais ensuite savoir si, dans le cas où une province est capable de se contenter, disons de \$18—ce qui est moins que \$21.60—le Dominion économise la moitié de cette somme, ou bien si cette économie est entièrement créditée à la province?

M. BRYCE: Je n'ai pas étudié la chose récemment, mais, comme je la comprends, si, dans une province, le coût est plus élevé ou plus bas que la moyenne, cela ne change en rien le montant de subvention fédérale reçu. Par conséquent toute augmentation de coût au-dessus de la moyenne de l'ensemble des provinces ou toute économie réalisée lorsque le coût est inférieur à la moyenne de toutes les provinces représente soit une dépense accrue, soit une économie pour la province. C'est-à-dire que la province est incitée de façon tangible à surveiller de près la question des frais, chose bien raisonnable, pensons-nous, puisque l'administration du plan lui est confiée. Si, cependant, le coût moyen aux provinces s'avère considérablement différent de \$21.60, nous croyons que la contribution fédérale devrait arriver à payer la moitié de l'excédent, tandis que les provinces, au moyen de contributions uniformes ou autrement, suivant qu'elles le jugeront à propos, assumeront l'autre moitié.

M. SLAGHT: Est-ce que cela ne porte pas à favoriser les uns au détriment des autres? Je suis peut-être bouché, mais prenez le cas d'une province qui n'impose qu'une taxe de \$6 à ses habitants, à côté d'une province qui impose une taxe de \$12. Elles s'adressent toutes deux au Trésor fédéral pour leur subvention. Vous accorderiez à la province qui ne perçoit que \$6 de ses habitants la même proportion d'octrois à même le Trésor fédéral que vous accorderiez à la province qui perçoit \$12.

M. BRYCE: Je n'ai pas expliqué la chose assez clairement.

M. SLAGHT: S'il n'en est pas ainsi, je suis satisfait.

M. BRYCE: Je puis peut-être rendre la chose plus claire en l'expliquant de la façon suivante: la subvention fédérale aux provinces sera le montant par lequel le coût moyen par personnes dans la province excède \$12. Il y aura uniformité entre les provinces et, par conséquent, la subvention ne dépendra pas des frais occasionnés à une province en particulier, mais sera distribué équitablement entre toutes les provinces. C'est-à-dire que chacune recevra le même montant par tête. Je crois que cela explique la chose plus clairement.

M. HATFIELD: Monsieur le président, à mon avis 50 p. 100 de ce fonds devraient provenir de la subvention accordée par le Trésor fédéral aux provinces et 50 p. 100 provenir du Trésor des provinces, et il faudrait prier les gouvernements provinciaux de recevoir, sous forme de contributions individuelles, au moins 25 p. 100 des frais contractés. Je suis opposé à ce qu'aucune partie de ce fonds

soit constituée à même le revenu, particulièrement chez les classes plus pauvres. Les choses sont assez compliquées sans rien enlever au revenu, à moins d'aller le chercher chez les classes plus aisées. De la façon dont la loi est maintenant rédigée, tout est pris chez les classes les moins fortunées qui contribuent à l'impôt sur le revenu.

Je m'oppose également à ce que les gouvernements provinciaux rejettent une partie de ce fardeau sur les municipalités. Ces municipalités ont une manière désuète de percevoir les impôts. Elles pigent droit dans les poches de l'individu. Les gouvernements provinciaux emploient des méthodes plus modernes pour la perception des impôts. Dans notre province, nous avons la taxe sur le tabac, les recettes des liqueurs, et les recettes d'une foule de choses qui devraient contribuer à cet impôt de la Santé publique.

M. HOWDEN: Le vote, monsieur le président.

M. MAYHEW: Avant que le vote ne soit pris, je crois que nous allons nuire considérablement au bill en fixant une somme d'argent quelconque aujourd'hui. Si nous proposons cela comme idée pour les plans 1, 2, 3 et 4 et ainsi de suite, ça va bien, mais si nous faisons savoir, par la voie des journaux ou par tout autre moyen, que ce Comité a proposé un montant de \$12 ou de \$10, eh! bien, ce sera là le montant qui restera ancré dans les esprits. Nous serons peut-être obligés de changer, mais les gens garderont la même opinion et il nous faudra ensuite les tirer d'erreur. Je crois que nous devons user de beaucoup de discrétion avant d'adopter une résolution quelconque aujourd'hui pour déterminer le montant nécessaire au paiement des services proposés.

En fait, je crois que nous étudions le bill par le mauvais bout. Je crois que nous devrions chercher ce qui est contenu dans le bill lui-même et décider ensuite ce que nous paierons, mais garder le côté financier pour la fin. J'aimerais savoir ce que nous obtiendrons pour cet argent avant de l'attribuer.

Le PRÉSIDENT: Lorsque la conférence sera convoquée, quel sera le point principal, en ce qui concerne les provinces? Quelle est la contribution? Quel est l'avis du Comité en ce qui concerne le coût par personne? J'avais proposé que nous donnions une directive et que notre opinion soit exprimée dans la forme des plans 1, 2, 3 et 4.

M. MAYHEW: Je suis assez d'accord avec vous, mais une motion a été faite pour que ce montant soit fixé à \$10 ou \$12.

Le PRÉSIDENT: Elle n'a pour but que de sonder l'opinion du Comité.

M. HATFIELD: Nous avons consacré deux sessions à l'étude de ce bill. Il est certain que les ministres de l'Hygiène qui viendront ici des provinces voudront obtenir notre opinion et savoir ce que nous avons à recommander.

M. JOHNSTON: Puis-je demander au Dr Heagerty si son avis est le même que quelques séances écoulées, alors qu'il avait proposé que la contribution soit de \$12 et que le reste soit tiré des recettes générales?

Le Dr HEAGERTY: Oui, mais ce n'est là qu'une opinion personnelle. Ce qui la justifie, c'est que la contribution maximum de \$42 pour les célibataires et de \$74 pour les personnes mariées—il s'agit de ceux qui ont un revenu de \$1,600 et de \$2,000—est trop élevée. Je considère cela d'un point de vue purement personnel parce que je dois être mis à la retraite dans quelques mois et que je devrai payer \$74 pour moi-même et mon épouse, et \$12 pour mon fils. C'est plus que je serai capable de payer. Je m'expose à la prison ou à l'amende si je ne paye pas. Je considère ces montants inéquitables. Les citoyens du Canada ne peuvent tout simplement pas les payer. L'on a fait remarquer ici même que le revenu maximum des salariés est très bas. Il est plus élevé aujourd'hui qu'en 1941, année à laquelle on a fait allusion en disant que le montant de \$960 représentait le revenu des deux tiers de la population de ce pays;

néanmoins, je ne crois pas que, pour ce qui est de la majorité, il atteigne, après la guerre, \$1,600 pour les célibataires et \$2,000 pour les personnes mariées. C'est-à-dire avec leur impôt sur le revenu en moins. La majorité des gens avec qui j'ai conversé m'ont déclaré bien clairement que toute l'affaire était inéquitable à cause du montant des contributions. Il leur importe peu que la perception soit faite par les provinces ou le Dominion, mais les contributions, à leur avis, représentent une conception très erronée des moyens des contribuables.

Le Comité des finances, évidemment, étudie la question en considération de la capacité de perception de la province ou du Dominion, mais je crains que l'on ait perdu de vue la capacité de paiement des citoyens.

M. JOHNSTON: Bravo, bravo.

Le Dr HEAGERTY: Je crois que c'est là une question très importante. Il y en a d'autres qui se rapportent au sujet; je ne désire pas les discuter à présent, mais les contributions proposées sont désapprouvées par les gens avec qui j'ai causé et qui sont, dirais-je, assez à l'aise, certainement aussi à l'aise que je le suis moi-même. Je conclus en disant que l'un des buts les plus importants—peut-être le plus important—de l'assurance-santé est de rendre accessibles à tous les citoyens, qu'ils aient de l'argent ou non, tous les avantages médicaux que l'on peut obtenir et, d'autre part, d'en réduire le coût pour l'homme moyen. Ce plan ne réduit pas le coût pour l'homme moyen; il l'augmente plutôt. Ils sont peu nombreux parmi nous aujourd'hui ceux qui paient quelque chose approchant \$50, \$60 ou \$70 par année pour cause de maladie et nous ne devrions certes pas être appelés à payer de tels montants. Le coût moyen de la maladie pour chaque personne est de \$24 par année et, comme l'a fait remarquer le Comité des finances, le coût moyen par famille est de \$36. Si le coût est bien celui-là, nous ne devrions certes pas payer davantage en vertu de ce plan. Nous ne devrions pas payer plus que nous ne payons aujourd'hui. Voici un autre point: par ces versements nous soulageons les municipalités d'une partie du fardeau que représente le paiement des soins médicaux et des frais d'hospitalisation, et nous imposons de façon délibérée ce fardeau au public. C'est pourquoi nous devons étudier avec un soin particulier les contributions qui seront imposées. M. Mackenzie m'a demandé: "Et les \$12?" Je crois que le montant de \$12 est équitable. Il me semble que la majorité des gens de revenus modestes peut payer \$12. C'est un montant spécifique que nous paierons et que les provinces auront en mains. Je crois que le reste de l'argent devrait être pris à même notre revenu national. J'en ai fait la remarque une fois auparavant et je n'ai pas eu l'occasion de changer d'idée sous ce rapport.

M. JOHNSTON: Monsieur le président, je désire remercier le Dr Heagerty d'avoir répondu à ma question. Je crois que l'attitude qu'il a adoptée c'est qu'en raison de sa situation financière—il a parlé en se plaçant à un point de vue personnel et nous apprécions tous la chose à sa juste valeur—la contribution désignée en premier lieu, de \$42 pour les célibataires et de \$74 pour les personnes mariées, est absolument trop haute, et que, à juger de sa propre expérience, le montant de \$12 serait plus raisonnable. Je voudrais attirer l'attention du Dr Heagerty sur le fait que sa situation financière, bien qu'il doive être mis à la retraite prochainement, sera encore bien meilleure que celle du citoyen moyen du Canada. C'est la raison pour laquelle je me suis prononcé de façon si ferme dès le début pour que ces projets de sécurité sociale soient établis sur une base non contributive. Si nous devons les financer à même les impôts il faudrait prendre l'argent à même les recettes générales, pour la raison évidente, soulignée par le Dr Heagerty, qu'il sera absolument impossible pour les citoyens de notre pays de payer un tel montant. Il faudrait le répartir sur les ressources du pays tout entier, et, comme je le disais, si l'on prend cet argent à même les impôts, on devrait le prendre à même les recettes générales. Le Dr Heagerty a fait ressortir un point très important en cette matière; il concerne les gens

qui, comme disait M. Wright il y a un instant, touchent de petits revenus d'environ \$300 et \$400 par année. Lorsque vous en déduisez \$25, \$50 ou \$75 pour services médicaux, vous enlevez de leur revenu un montant considérable. Bien sûr, il en est dont le revenu est de \$100,000 par année; si vous en déduisez \$100 ils ne s'en apercevront pas.

L'hon. M. BRUCE: Ceux-là ne sont pas nombreux.

M. JOHNSTON: Pas à moins qu'ils ne soient médecins ou quelque chose d'approchant, mais le point est—je crois que le Dr Heagerty l'a très clairement expliqué, mais je veux encore le faire ressortir—que les gens de revenus modestes se trouveront en très mauvaise posture si vous enlevez de leur revenu annuel le montant proposé. Je crois que le Comité se montrerait bien avisé d'éliminer entièrement la contribution individuelle et de rendre le plan non contributif.

L'hon. M. BRUCE: Monsieur le président, nous avons parlé de cela hier.

Le PRÉSIDENT: Oui, c'est hors d'ordre.

M. JOHNSTON: Ce serait peut-être de bonne administration.

M. DONNELLY: C'est ici comme au confessionnal. Nous sommes tous en trains de raconter nos expériences personnelles. Je voudrais vous dire quel attrait pratique ce plan a pour moi. Nous avons dans ma région à l'heure actuelle un hygiéniste municipal. Il est en quelque sorte un système d'assurance-santé. Il va partout, s'occupe de l'examen médical des enfants des écoles, les vaccine contre la maladie, etc., veille à leur bonne santé. Il pratique toutes les opérations importantes et ne se fait payer que la moitié des honoraires. En d'autres termes nous retenons les services d'un médecin. Il fait la moitié, pourriez-vous dire, des opérations importantes parce qu'il ne se fait payer que la moitié du tarif d'honoraires en vigueur dans la province et il s'occupe des soins médicaux aux enfants des écoles. Il y a dans la municipalité environ un millier de personnes au-dessus de 16 ans et nous payons \$5,000 au médecin. C'est \$5 par personne.

M. JOHNSTON: A votre avis, est-ce là un bon salaire pour un médecin?

M. DONNELLY: Oui, c'est très satisfaisant. Bien sûr, il reçoit beaucoup plus. Le médecin qui est dans ma région à l'heure actuelle soigne des patients de l'extérieur, pratique d'autres opérations, et il réalise probablement près de \$12,000 ou \$13,000. Cependant, il fait son travail pour ce montant d'argent. Qu'allons-nous obtenir en échange du montant supplémentaire, en payant \$7 de plus par année? Nous devons percevoir cette somme des particuliers. C'est un autre \$7,000 que nous devons percevoir. Après quoi nous aurons à payer \$100,000,000 à même les fonds du gouvernement fédéral, pour la même chose également. Nous aurons à prélever une autre somme de \$50,000,000 sur l'impôt sur le revenu. Qu'est-ce que nous allons obtenir pour tout cet argent, qui représente un autre \$15 ou \$16 par personne? Qu'est-ce que nous allons obtenir en échange? Tout ce que nous obtiendrons, c'est l'hospitalisation. Cela sera payé. Nous allons obtenir la seconde moitié des frais d'une grosse opération. L'autre moitié est payée déjà. Nous recevons l'autre moitié. Il nous faut encore pourvoir aux visites du médecin, aux soins, etc. Je crois que nous paierons trop pour le supplément que nous obtiendrons, en quelque sorte, bien que je ne sache pas bien comment la chose se produira. Il me semble qu'il n'y aura qu'un cri pour dire que nous payons trop cher pour le supplément que nous obtenons. C'est là mon opinion.

M. JOHNSTON: Dois-je comprendre que le montant payé en vertu de votre plan municipal est de \$5?

M. DONNELLY: La prime.

M. JOHNSTON: Cela comprend toutes les dépenses?

M. DONNELLY: Nous percevons \$5,000 des citoyens de la municipalité à titre de contribution annuelle.

M. JOHNSTON: Cela acquitte-t-il le coût de toute l'affaire?

M. DONNELLY: Cela couvre les honoraires du médecin. Il y a environ 1,000 personnes âgées de plus de 16 ans, ce qui représente \$5 par personne au-dessus de 16 ans.

M. HOWDEN: Et les frais d'hôpital? Sont-ils inclus dans les \$5?

M. DONNELLY: Non. Le patient doit payer le compte d'hôpital et la moitié des frais d'opération.

L'hon. M. BRUCE: Les soins de gardes-malades ne constituent-ils pas des frais additionnels?

M. DONNELLY: Oui. Les services des gardes-malades sont inclus dans la facture. A notre hôpital, les taux ordinaires sont en vigueur, et les patients reçoivent les soins qu'il leur faut sans frais additionnels, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas grave et qu'il faille recourir à une garde-malade privée.

M. MCGARRY: Fournissez-vous les services d'un spécialiste?

M. DONNELLY: Non. Si vous n'êtes pas satisfait de votre médecin et désirez quelqu'un d'autre, vous le payez vous-même.

M. SLAGHT: Je désire répéter l'avertissement que j'ai donné au cours d'une séance précédente, à savoir que les citoyens du Canada ne sont pas prêts à accepter ce bill et ne l'appuieront pas dans sa forme actuelle. Ce que le Dr Heagerty nous a dit aujourd'hui me confirme davantage dans mes idées. Etudiez l'annexe que voici. Prenez le cas d'un homme marié dont le revenu est de \$1,800 par année; vous lui demandez de payer un total de \$54. En plus de cela, son impôt sur le revenu s'élève à deux fois \$172. Il paie maintenant \$354 et vous allez encore ajouter à cela \$54 sous forme d'impôt sur le revenu. Nous arrivons maintenant au bas de l'annexe. Vous avez là un maximum de \$74, si je comprends bien. Est-ce exact, monsieur Bryce?

M. BRYCE: Oui, monsieur.

M. SLAGHT: L'homme dont le revenu est de \$2,200 est appelé à payer \$74 et l'homme dont le revenu est de \$10,000 ou \$20,000 par année paie le même montant, \$74. Le peuple n'endurera pas cela.

M. MCCANN: Il obtient les mêmes services.

M. SLAGHT: Je le sais. Mais l'homme qui a un revenu annuel de \$10,000 paie le même montant de \$74 que l'homme marié dont le revenu annuel est de \$2,200, pour les services médicaux. Cela est contraire à ce que je croyais être un principe accepté au Canada en matière d'impôts, c'est-à-dire de laisser à ceux qui sont les plus capables de payer le soin de porter le fardeau.

M. MCGARRY: Les personnes appartenant aux hautes catégories ne reçoivent que les mêmes services.

M. SLAGHT: Je sais qu'elles obtiennent les mêmes services. Mais si elles sont plus en mesure de payer, pourquoi auraient-elles droit aux mêmes services que l'homme qui a un revenu annuel de \$2,200? Je m'oppose à cela de toutes mes forces.

M. WRIGHT: Je suis d'accord avec M. Slaght sur ce point. Quelques députés sont d'avis que l'homme de revenu élevé obtient les mêmes services. Eh! bien, il reçoit les mêmes services, mais il lui faut payer davantage aujourd'hui pour ce service. Du moins j'ai entendu des gens qui appartiennent à la catégorie des gros revenus déclarer qu'ils avaient subi la même opération que des gens de revenus moins élevés et qu'ils avaient dû payer deux fois plus que ces derniers.

M. HOWDEN: Bravo! bravo! C'est juste.

M. WRIGHT: C'est la situation qui existe aujourd'hui. Mais le bill actuel vous en éloigne. En vertu de ce bill, l'homme de revenus plus élevés est celui qui

en bénéficie le plus, parce qu'il est ainsi libéré des frais additionnels qu'il devait payer dans le passé pour suppléer à ceux qui étaient incapables de supporter ces dépenses. Je crois qu'il nous faut tenir compte de cela.

Je voudrais aussi dire un mot au sujet de ce que le Dr Donnelly a dit concernant notre système municipal d'hygiène dans l'Ouest. Il y a dans ma circonscription électorale une municipalité qui fournit des services médicaux complets: hospitalisation, opérations majeures, spécialistes, mais pas de services dentaires. Elle le fait au coût approximatif de \$9 par personne. Une entente spéciale a été conclue avec certains spécialistes de Saskatoon et Regina en vertu de laquelle toutes les opérations pratiquées par ces spécialistes sont faites pour 50 p. 100 des honoraires réguliers. Je crois que l'Association médicale a censuré certains de ses membres pour avoir participé à cette entente. Un accord avait également été conclu avec un chirurgien—et un très bon chirurgien—dans un hôpital local; en vertu de cet accord il pratiquait toutes les opérations pour le compte de la municipalité, pour un cachet de \$250 par mois. Je sais que dans cette municipalité l'opposition considérable que j'ai constatée à l'égard de ce bill est en raison du coût additionnel qu'il représente là. Si nous voulons accepter une loi sur l'hygiène qui soit satisfaisante pour les citoyens du Canada, nous devons faire entrer ces choses en ligne de compte; et il nous faudra abaisser le coût initial de telle sorte que le citoyen moyen soit capable de le supporter. Autrement nous perdons notre temps.

M. McIVOR: Monsieur le président, avec votre permission j'aimerais poser une question au Dr Donnelly. Ces patients se trouvent-ils dans une cité, une ville ou un village ou bien sont-ils disséminés par toute la région?

M. DONNELLY: Ils sont disséminés par toute la région.

M. McIVOR: Cela coûte plus cher au médecin pour les visiter que s'il y avait un millier d'entre eux, disons à la *Canada Car* à Fort William?

M. DONNELLY: Evidemment, il doit conduire sa propre voiture également.

M. McIVOR: Il ne reçoit pas d'allocation supplémentaire pour sa voiture?

M. DONNELLY: Oh! non.

M. McIVOR: C'est ce que prétendaient les membres du comité d'employés des chemins de fer qui sont venus me voir. Ils disaient: "Nous pouvons trouver beaucoup mieux en dehors du bill d'assurance-santé. Ces avantages que vous voulez nous donner, nous n'en voulons pas parce que le mari et sa femme devraient payer \$74 par année et que nous pouvons avoir mieux par l'entremise de notre système municipal." Je ne savais pas à quel point ils disaient vrai.

Le Dr HEAGERTY: Il est à remarquer, ou vous devriez vous en rendre compte, que les enfants et les indigents sont soignés gratuitement; par conséquent la comparaison n'est pas juste.

M. DONNELLY: Cela comprend aussi le soin des enfants?

Le Dr HEAGERTY: Pas en vertu du plan auquel j'ai fait allusion.

M. DONNELLY: Oh! je vous demande pardon. Mais en vertu du système municipal ils sont soignés.

Le Dr HEAGERTY: Oh! oui, je le sais.

Le PRÉSIDENT: Y a-t-il autre chose à discuter?

M. McCANN: Puis-je poser une question à M. McIVOR? Etes-vous en faveur du principe de l'assurance-santé?

M. McIVOR: Je suis en faveur de l'assurance-santé contributoire.

M. McCANN: Je le pensais.

M. McIVOR: Je crois que c'est une bonne chose. Mais je crois que le gouvernement devrait l'amener à un point où tout le monde pourrait en profiter. Si la Saskatchewan peut obtenir tous ces avantages pour \$5 par année, pourquoi

le Dominion ne pourrait-il pas s'en approcher? En effet, en Saskatchewan, la population est dispersée. La même chose pourrait se faire de façon beaucoup moins chère là où les malades sont plus rapprochés les uns des autres.

M. HOWDEN: Je ferai remarquer qu'en ce qui concerne la Saskatchewan, c'est une question de contrat entre le médecin et un groupe de personnes, tandis que ceci ne l'est pas. Ce que nous nous proposons de soumettre au peuple canadien n'est pas du tout un contrat d'affaires. C'est une proposition qui donne aux citoyens toute liberté d'appeler un médecin de leur choix, et c'est une affaire libre pour le peuple et pour la profession médicale. Vous pouvez aller à n'importe quelle institution. En Saskatchewan, on retient par contrat les services d'un médecin, sur une base mensuelle de \$1, pour s'occuper des employés, ce qui diffère totalement du service médical complet prévu ici.

L'hon. M. MACKENZIE: J'aimerais demander au Dr Donnelly s'il connaît les termes du nouveau bill proposé en Saskatchewan. L'avez-vous vu, docteur Donnelly?

M. DONNELLY: Non, je ne l'ai pas vu.

M. McCANN: J'allais justement parler dans le même sens que le Dr Howden. Il a dit que les services qui seront fournis en vertu du bill proposé ne sont pas du tout comparables à ce que l'on obtient en vertu du plan médical municipal. En plus du service personnel, vous aurez l'hospitalisation, le service obstétrique, le service dentaire, le service pharmaceutique et le service des gardes-malades. Pour \$5 ils reçoivent peut-être une bonne valeur; mais si, en considération du coût du nouveau projet et du montant de la contribution, l'on obtient une valeur plus grande, je crois que l'on devrait au moins soumettre la question au peuple, pour savoir s'il y est oui ou non favorable. Je suis absolument convaincu que, lorsque les gens se rendront compte de ce que représenteront ces nouveaux services, et feront la comparaison avec ce qu'ils ont dépensé au cours des années pour ces mêmes services, ils constateront qu'ils font un marché avantageux et qu'ils obtiennent un bon service pour leur argent.

M. DONNELLY: Mais rappelez-vous que nous devons percevoir \$21 et quelque chose par personne.

Le PRÉSIDENT: \$21.60.

M. DONNELLY: Tandis que nous, nous payons \$5 actuellement. Cela fait \$16.50 que nous devons payer en plus. Allons-nous obtenir une valeur supplémentaire de \$16.50? Je ne le crois pas.

M. McCANN: Je crois que le Dr Donnelly, en vieux praticien, admettra avec moi que pour ce qui est de la question des dépenses occasionnées par la maladie, les honoraires du médecin ne constituent qu'une proportion très faible des dépenses. L'hospitalisation, les gardes-malades, les médicaments et tout le reste représentent les items de dépenses les plus lourds lorsqu'une maladie grave survient dans une famille.

L'hon. M. BRUCE: J'aimerais appuyer les paroles du Dr McCann. Je crois qu'il s'est exprimé de façon claire et précise. Ne pourrait-il se faire que nous essayions d'élaborer un plan trop grandiose? Nous pourrions éliminer une partie des prestations et en réduire le coût. Peut-être pourrions-nous accepter un compromis et fournir un service du genre de celui que le Dr Donnelly a proposé. Cela aurait pour effet de diminuer le coût. Mais si vous voulez avoir tout ce qui est contenu dans le bill, je ne crois pas que le coût soit trop élevé. Je n'ai pas besoin de répéter ce que le Dr McCann a dit, parce qu'il a bien expliqué le sujet. De plus, je désire ajouter que, comme je l'ai fait remarquer il y a quelque temps, il était essentiel de consulter les provinces. Ne vaudrait-il pas mieux, avant d'en terminer avec la partie financière, convoquer une conférence et, en attendant, passer dès maintenant à d'autres articles du bill?

Le PRÉSIDENT: J'allais faire une suggestion.

M. MAYHEY: C'est là la suggestion que j'allais faire. Je l'ai faite il y a quelque temps. Je crois que nous commençons l'étude du bill par le mauvais bout. Nous devrions, ce me semble, nous occuper du bill lui-même et de ce que nous sommes prêts à payer pour les avantages qu'il comporte. Je voudrais voir le cheval avant de l'acheter.

Le PRÉSIDENT: Je désire faire cette suggestion-ci aux membres du Comité: seraient-ils satisfaits si, sans mettre au vote ces montants et sans essayer de spécifier ce que, de l'avis du Comité, le montant ou la méthode devrait être, nous présentions à la conférence des ministres provinciaux un rapport concis exposant toutes les propositions qui ont été faites ici aujourd'hui, sans spécifier nos préférences, afin de voir comment ils réagiraient? Alors nous pourrions discuter plus tard des termes définitifs.

M. LOCKHART: C'est parfait.

M. HOWDEN: Pour éclaircir les choses, monsieur le président, je vais retirer ma motion du procès-verbal.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Howden. A la façon dont j'interprète l'opinion—et qui ne vaut peut-être rien, évidemment—une tendance très forte se manifeste en faveur du taux uniforme de \$12 et de l'abolition de la contribution par le moyen de l'impôt sur le revenu. C'est là ma propre opinion.

M. WRIGHT: Bravo! bravo!

Le PRÉSIDENT: La suggestion que j'ai faite est-elle satisfaisante?

M. MAYHEW: Même \$12 est un montant plus élevé que ne paient aujourd'hui beaucoup de familles qui participent à des plans d'assurance-santé de compagnies.

Le PRÉSIDENT: Cela sera souligné dans le rapport qui sera soumis à la conférence provinciale. La suggestion est-elle satisfaisante?

Quelques DÉPUTÉS: Adopté.

Le PRÉSIDENT: Alors la question suivante, je présume, est de continuer l'étude du bill. Est-ce juste?

Quelques DÉPUTÉS: Bravo! bravo!

Le PRÉSIDENT: Est-ce le désir du Comité d'aborder le bill maintenant ou devons-nous ajourner et reprendre la discussion la prochaine fois?

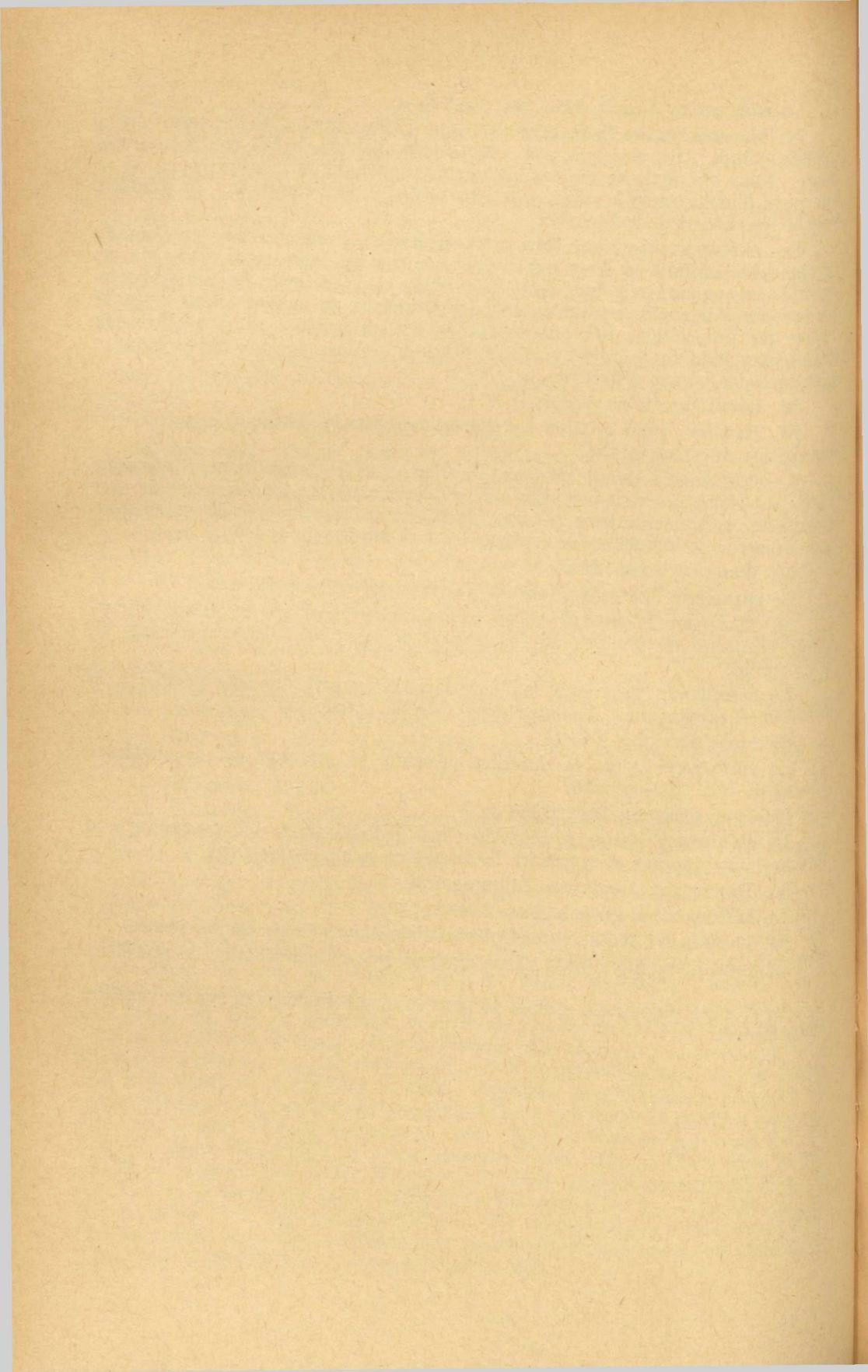
M. DONNELLY: Je propose l'ajournement.

Le PRÉSIDENT: Il est près d'une heure.

M. DONNELLY: Nous reprendrons la discussion à la prochaine séance.

Le PRÉSIDENT: Alors, nous allons ajourner jusqu'à convocation du président.

Le Comité s'ajourne à midi et 45 pour se réunir de nouveau sur convocation du président.



APPENDICE "A"

LES CHRISTIAN SCIENTISTS DEMANDENT D'ÊTRE PROTÉGÉS
CONTRE L'ACCEPTATION OBLIGATOIRE POSSIBLE D'UN
TRAITEMENT MÉDICAL PRESCRIT PAR LA LOI SUR LA
SANTÉ NATIONALE, ET AUSSI QUE LE TRAITEMENT DE LA
CHRISTIAN SCIENCE SOIT RECONNU COMME UNE PRES-
TATION PRESCRITE PAR LA LOI POUR LES CHRISTIAN
SCIENTISTS.

Les membres des *Christian Science Churches* au Canada apprécient le privilège que vous leur avez offert de soumettre des représentations additionnelles quant au projet de loi sur l'assurance-santé, et ils se rendent bien compte que, sauf si des dispositions spéciales sont adoptées pour la sauvegarde complète de leurs libertés et de leurs droits religieux, qui dérivent du droit coutumier et sont reconnus depuis longtemps par une législation statutaire dans la plupart des provinces du Dominion, l'application de la Loi, telle qu'elle est actuellement conçue, conduira, involontairement peut-être mais non moins impitoyablement, à la ruine de leur religion. A ce résultat devraient contribuer (1) l'obligation possible, imposée aux *Christian Scientists* contrairement à leurs convictions religieuses, d'accepter un traitement ou des soins médicaux ou chirurgicaux, (2) l'obligation, pour le *Christian Scientist*, de payer un impôt onéreux pour un traitement médical qu'il ne peut ni ne veut accepter, et l'omission de toute mesure lui assurant une rétribution qui lui permette de suivre le traitement de la *Christian Science* dont dépend sa santé et, parfois même, sa vie, et (3) l'obligation indirecte, pour le praticien de la *Christian Science*, de discontinuer l'exercice de la médecine religieuse, en le privant ainsi, au moins en grande partie, de la seule et unique source de revenu qu'il possède, nommément les honoraires de ses patients ou paroissiens, et en même temps, le paiement, par ce praticien, d'un impôt onéreux pour des services que ni lui ni ses patients ne peuvent accepter.

Les récentes déclarations du ministère de la Justice et des décisions de votre Comité et/ou des autorités du ministère des Pensions et de la Santé nationale quant à l'exposé antérieur de notre cause rendent nécessaires, en ce moment, des représentations additionnelles. Nous présumons que les déclarations des témoins seront déposées oralement et, à titre de préliminaire, le présent mémoire est respectueusement soumis par écrit.

La pratique de la *Christian Science* et la nécessité de cette pratique pour la guérison des maladies de l'homme sont légalement admises par le droit coutumier dans toutes les provinces du Canada, et elles ont été spécifiquement reconnues dans les statuts dans six de ces provinces. Si le fait, pour nous, de solliciter du gouvernement fédéral, à l'égard de la *Christian Science*, une considération spéciale dans le projet de Loi sur l'assurance-santé paraît étrange ou étonnant aux législateurs fédéraux, c'est parce que cette attitude n'a qu'un motif: savoir que, dans le passé, ladite législation relevait exclusivement des autorités provinciales, et que voici la première fois qu'elle tombe sous le coup des autorités fédérales. Par exemple, l'Ontario a reconnu depuis plus de vingt ans les droits du praticien et du patient de la *Christian Science*, contre toute intervention d'une autorité publique ou médicale ou l'acceptation obligatoire de soins médicaux; et, durant la même période, à cinq reprises différentes mais bien déterminées, le gouvernement ontarien a reconnu et protégé cette liberté religieuse par des dispositions spéciales insérées dans les Lois ou les Règlements sur la santé.

Dans notre mémoire de juin dernier au Comité spécial d'enquête sur l'assurance-santé, nous demandions respectueusement d'exempter les membres et les adeptes des *Christian Science Churches* au Canada de l'acceptation obligatoire d'un traitement ou de soins médicaux ou chirurgicaux prescrits par la Loi et, par conséquent, du paiement obligatoire de contributions.

Mais considérons d'abord la première de ces deux requêtes, nommément l'exemption du traitement médical obligatoire. A cette époque, nous avons signalé que tout citoyen du Dominion serait obligé de s'inscrire, non seulement en vue des contributions, mais aussi afin de choisir un médecin, et que s'il ne choisissait pas volontairement un médecin, son nom n'en serait pas moins inscrit sur la liste d'un médecin. Voir l'article 11, paragraphe (2) (e), qui assure "la répartition entre les divers médecins dont les noms apparaissent sur les listes... des personnes qualifiées qui, après un avis régulier, ont négligé de faire un choix..." Individuellement, le *Christian Scientist* se trouverait donc inscrit sur la liste de tel médecin particulier, contre sa propre volonté et son propre consentement. La question se pose alors, naturellement, de savoir que devient le rapport entre ce médecin et le *Christian Scientist*, après que le nom de ce dernier a été inscrit sur la liste du médecin. La réponse se trouve au Sommaire de la Loi, où il est dit que "le médecin serait responsable de la santé de tous les membres de la famille et qu'il serait responsable à l'égard des mesures d'hygiène publique destinées à réduire la maladie et la mort. Il agirait en qualité de conseiller, d'avocat et de surintendant quant à la santé de toute la famille dans son ensemble." Le médecin sera donc *responsable* de la santé de tous les membres de la famille! N'est-il pas évident que la responsabilité implique l'autorité? Un médecin peut-il être tenu responsable de ce sur quoi il n'exerce aucune autorité? Naturellement, ces textes pourraient être interprétés comme impliquant l'obligation. Néanmoins, lors de notre réunion, en juin, avec votre Comité, il nous a été affirmé que la Loi ne prescrivait aucune obligation. Cette opinion que la Loi ne comporte aucune obligation a été approuvée par le ministère de la Justice, dans une déclaration faite en janvier de l'année en cours, et elle figure dans les Procès-verbaux de la réunion du Comité spécial de la sécurité sociale tenue le 1er mars. Avec ces vues sur l'interprétation exacte de la Loi même, nous pouvons peut-être nous trouver d'accord, mais il ne faut pas oublier que le projet de loi présuppose une législation provinciale ultérieure ou additionnelle qui pourra varier considérablement d'avec l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé tel que l'expose la deuxième annexe du projet de loi. Au fait, le projet de loi même pourra plus tard être soumis à la décision des tribunaux sous le rapport de son interprétation. En outre, le projet de loi et l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé confèrent des pouvoirs très étendus pour l'adoption de règlements qui auront force de loi.

En particulier, nous attirons votre attention sur l'article 11, paragraphe 2, conçu en ces termes: "Les règlements et ententes susdits doivent être de nature à assurer que, sous réserve des dispositions de la présente loi, les personnes qualifiées recevront, des médecins avec qui les ententes ont été ainsi conclues, tous les moyens de protection contre la maladie, ainsi que tous les traitements, soins et conseils utiles, nécessaires et opportuns en matière médicale, chirurgicale et obstétricale, qui peuvent être prescrits." Par suite de cette déclaration et de certaines autres mentions relatives à des règlements, il sera peut-être difficile, plus tard, de soutenir qu'un règlement rendant obligatoire l'acceptation de soins ou de traitements médicaux outrepassa les pouvoirs conférés.

En vue donc de ce qui peut être considéré comme les fins générales de la Loi, nommément d'entretenir ou d'améliorer la santé nationale en assurant l'acceptation, par chacun, des soins médicaux, tant préventifs que curatifs, ainsi que l'octroi du pouvoir voulu pour établir les règlements nécessaires à l'accomplisse-

ment de ces fins, la latitude accordée pour l'élaboration des mesures provinciales et l'interprétation possible de la Loi par les tribunaux à une date ultérieure, les *Christian Scientists* du Dominion se croient autorisés à demander, en soulignant l'impérieuse nécessité, l'insertion, dans la Loi, d'une disposition stipulant que l'acceptation des prestations ne sera pas obligatoire.

Récemment, nous avons eu le privilège de signaler au ministère de la Justice cette question des mesures et des règlements qui seront adoptés, plus tard, dans les provinces, et l'on nous a fait savoir alors que, à cause de la portée de cette question, le ministère de la Justice ne voyait pas pourquoi une disposition protégeant la liberté individuelle ne figurerait pas dans la Loi, et qu'il serait conseillé au ministère d'agir ainsi.

En outre, nous avons lieu de croire que c'est actuellement le désir unanime, ou presque unanime, des membres du Comité que personne ne soit contraint, ni en vertu de cette Loi ou de ses règlements, ni en vertu d'aucune mesure émanant du gouvernement fédéral, de consentir ou de se soumettre à des soins ou traitements physiques, médicaux ou chirurgicaux contraires à ses convictions religieuses. Pour exécuter ce désir, il ne reste qu'à l'inclure dans le projet de loi. Nous apprécierons l'insertion d'une pareille disposition, soit en termes généraux, soit sous forme d'allusion spéciale aux membres et adeptes de la *Christian Science Church*.

* * * * *

Dans le mémoire présenté en juin dernier, comme il est spécifié plus haut, nous demandions que les *Christian Scientists* fussent exemptés, non seulement de l'acceptation obligatoire d'un traitement médical prévu par la Loi, mais aussi de l'obligation à contribuer aux frais de ce traitement. Récemment, nous avons appris que cette dernière requête ne serait pas accordée.

Nous acceptons une pareille décision, puisqu'elle est inévitable, mais malgré elle et pour la sauvegarde de nos libertés et de nos droits religieux, depuis longtemps établis et reconnus, nous réclamons, pour les *Christian Scientists*, le droit de recevoir, en retour de cette contribution obligatoire, des prestations qu'ils peuvent accepter et qui ne sont en rien contraires à leurs convictions religieuses.

Nous sollicitons respectueusement que soit reconnu comme une prestation prescrite par la Loi le traitement de la *Christian Science* pour les *Christian Scientists* dûment accrédités.

Le projet de loi prescrit l'octroi des prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques, hospitalières et des soins d'infirmières, et seuls seront autorisés les services auxiliaires que pourra désigner le médecin. Aucune disposition ne prévoit donc le cas de ceux qui désirent et requièrent un traitement de la *Christian Science*. En approuvant une telle mesure, le Comité ne s'est sûrement pas rendu compte qu'il privait ceux qui comptent sur les moyens spirituels du coût de leurs traitements curatifs, tandis qu'il l'accordait à ceux qui ne comptent que sur les moyens matériels.

Naturellement, le traitement de la *Christian Science* n'est pas, dans la pratique, un traitement supplémentaire et concomitant par rapport aux soins médicaux. C'est un système complet de prophylaxie et de thérapeutique qui embrasse les méthodes divines de prévention et de guérison. Quiconque suit un traitement de la *Christian Science* n'est pas sous les soins d'un médecin, et *vice versa*.

En conséquence, l'acceptation du traitement de la *Christian Science* comme une prestation prescrite pour les *Christian Scientists* ne comporterait aucun chevauchement dans les services. Dans 95 p. 100 des cas, peut-être, le traitement de la *Christian Science* sera le seul traitement sur lequel on comptera entièrement,

et il devrait être rendu disponible en vertu de la Loi. Dans les très rares cas où l'aide d'un chirurgien sera requise comme pour le clissage d'un os fracturé, et le reste, et en vue d'éviter le redoublement des frais, il pourra être convenu que seuls les soins chirurgicaux seront imputables sur la caisse.

Nous admettons que, en établissant d'après la Loi le droit au traitement de la *Christian Science*, et aussi le coût approximatif de ce traitement, le réclamant doit accepter un tarif dont le gouvernement possède la clef et qui peut être appliqué dans l'administration des fonds prévus par la Loi. Nous consentons donc à ce que quiconque désire suivre le traitement de la *Christian Science* et le payer à même la caisse à laquelle il a contribué établisse son droit par le diagnostic médical. Aux fins de la Loi, ce diagnostic (1) déterminera la nature de la maladie et le besoin de traitement et (2) indiquera le coût approximatif (coûts moyens, d'après les estimations contenues dans les Lois sur les accidents du travail, etc.).

Ce diagnostic médical pour établir la nécessité du traitement, et aussi pour en déterminer le coût approximatif, devrait être bien limité au diagnostic seulement, et ne comprendre ou impliquer ni avis ni directives. Il sera reconnu par les *Christian Scientists* parce que, quoique ceux-ci soient sûrs tant de l'efficacité du traitement de la *Christian Science* que de son coût et de l'absence de toute simulation, il n'est que juste de tenir compte des craintes du Comité en de pareilles circonstances et d'établir des garanties, afin (1) de bien déterminer la nécessité du traitement et (2) d'établir que les frais n'excéderont pas le coût moyen du traitement ordinaire de ces cas par un médecin.

Une fois protégés, de cette manière, nos droits et nos privilèges religieux, le *Christian Scientist*, au même titre que quiconque accepte un traitement médical, pourrait se procurer le traitement dont il a besoin en vertu des dispositions de la Loi tandis que, en même temps, les frais imputables sur la caisse n'excéderaient pas et, en général, n'atteindraient pas le coût du traitement médical de cas analogues. En outre, et cette question devrait intéresser également tout le monde — ceux qui connaissent par expérience l'efficacité du traitement de la *Christian Science* aussi bien que ceux qui se réservent sur ce sujet — le gouvernement aura un dossier définitif de l'état de santé des *Christian Scientists* et, si cet état est moins bon ou les frais plus élevés que ceux des catégories correspondantes qui reçoivent des prestations médicales, la Loi pourra être modifiée en conséquence.

L'observation de sir William Fletcher Barrett, F.R.C.S., à l'époque de l'octroi d'une exemption spéciale aux *Christian Science Nursing Homes* en Grande-Bretagne s'appliquera également, j'en suis sûr, au Canada sous le régime de notre Loi concernant la santé. Il déclarait: "Je dois dire que des guérisons, souvent très remarquables, sont obtenues" et que "l'amélioration merveilleuse constatée dans la santé générale des personnes qui sont devenues des adeptes de cette confession ne fait pas de doute".

L'acceptation du traitement de la *Christian Science* comme une prestation prescrite par la Loi s'impose, non seulement pour le malade, mais aussi pour le praticien de la *Christian Science*. Sans l'œuvre accomplie par ces personnes dévouées, le ministère bienfaisant de la *Christian Science* serait entravé en grande partie. Si le traitement de la *Christian Science* n'est pas inclus parmi les prestations de la Loi, cette religion en souffrira grandement.

Le médecin dont le nom paraît dans le *Christian Science Journal* est celui qui, après avoir subi les épreuves nécessaires, est officiellement reconnu comme un praticien public de la *Christian Science*. Il faut qu'il ait volontairement renoncé à tout intérêt commercial ou autre, et qu'il se consacre uniquement et exclusivement au bienfaisant ministère de la guérison des malades. Il ne touche donc aucun revenu d'autres occupations commerciales ou professionnelles. En outre,

il n'est pas un employé de l'Eglise, et il ne reçoit d'elle ni rétribution ni honoraires pour son ministère public. Son seul revenu est celui qu'il touche directement et exclusivement en retour de son exercice public du ministère de la *Christian Science*. Toute appropriation, par le gouvernement, de l'argent que gagne, à titre individuel, le praticien de la *Christian Science* pour ses services compromettrait son revenu. N'ayant aucun autre gagne-pain, il pourrait même en être forcé de discontinuer sa pratique de la *Christian Science*.

Mais les résultats porteraient bien au delà du praticien et de ses patients, et se feraient cruellement sentir sur tout l'organisme ecclésiastique, parce que, dans le bureau du praticien, défile l'incessant cortège des personnes malades et souffrantes qui, ayant épuisé les remèdes matériels, cherchent à obtenir la guérison par des moyens spirituels, et qui, une fois guéries, deviennent des partisans actifs, puis des membres de la *Christian Science Church*. Entraver directement ou indirectement le droit du praticien de la *Christian Science* à l'exercice de son ministère, ce serait ruiner l'organisme de la *Christian Science*, dont le but sacré est de rétablir parmi les hommes la pratique des premières méthodes de guérison chrétienne.

Pour ajouter à l'ironie de la situation, le praticien de la *Christian Science* lui-même serait obligé de contribuer financièrement à une Loi qui menace de lui ravir son droit d'exercer le ministère sacré auquel il consacre toute sa vie, et de ruiner même l'Eglise dont il est un fidèle serviteur.

Ni la *Christian Science Church*, ses membres et adhérents, ni ses praticiens, n'ont mérité en rien un pareil châtement. Ils n'ont fait que se prévaloir du droit traditionnel par excellence qui, en Angleterre et au Canada, consiste dans la liberté de rendre à Dieu le culte que dicte à chacun sa conscience individuelle.

Nous demandons donc que la Loi soit conçue de manière à permettre à toute personne autorisée, pour elle-même et pour ses enfants, et pour tout adulte qui est à sa charge, de suivre le traitement tel qu'il se pratique, dans la coutume de la *Christian Science Church*, aux mains d'un praticien officiellement reconnu dans le journal de cette Eglise, de *substituer* ce traitement au traitement médical prévu par la Loi, et de pourvoir à la rétribution du praticien de la *Christian Science* d'après un tarif correspondant aux honoraires des médecins-praticiens en pareil cas; et afin de dirimer les difficultés d'ordre pratique qui pourraient surgir, nous consentons à ce qu'il soit prescrit, comme condition préalable au paiement, que la nécessité du traitement soit déterminée par le diagnostic préalable d'un médecin-praticien auquel se soumettra le malade.

Nous vous proposons donc respectueusement d'insérer dans la Loi une disposition où figurent les deux points qui ont été discutés ici, nommément:

- (1) La protection contre l'acceptation obligatoire de soins ou de traitements médicaux ou chirurgicaux;
- (2) L'inclusion du traitement de la *Christian Science* au nombre des prestations servies par la Loi aux personnes attirées dont la bonne foi est dûment établie.

La disposition est ainsi conçue:

Pour protéger la jouissance ou l'exercice de la liberté religieuse, il est prescrit que rien dans la présente Loi ne sera interprété et aucun règlement établi pour obliger une personne accréditée et/ou la totalité ou une partie de ses enfants et autres personnes à sa charge en faveur desquelles une demande d'exemption est présentée (accompagnée d'un certificat attestant son et/ou leur affiliation ou adhésion à la *Christian Science Church*, signée par le Comité provincial des publications de la *Christian Science* dans la province d'origine), à consentir ou à se soumettre à des

soins ou traitements physiques, médicaux ou chirurgicaux contraires à ses ou à leurs convictions religieuses; toute personne autorisée pourra, en son nom ou en celui de ses enfants et de tout adulte à sa charge, après la délivrance d'un tel certificat, subir un diagnostic médical et, si la maladie est établie, suivre le traitement donné, conformément à la pratique traditionnelle de la *Christian Science Church*, par un praticien de cette Eglise dont le nom est consacré officiellement dans le *Journal*, et qu'elle aura choisi; elle pourra suivre ce traitement à la place du traitement médical prévu au présent article, et le praticien sera rémunéré d'après le tarif d'honoraires qui prévaut pour les médecins-praticiens dans le même cas; mais non pas de manière à affecter son obligation d'observer les lois et les règlements relatifs à l'hygiène, aux maladies infectieuses et contagieuses, et à la quarantaine.

Persuadés de l'insuffisance d'un document écrit en ces matières, nous sollicitons respectueusement le privilège de plaider notre cause de vive voix.

Bien à vous,

JAMES W. FULTON,

*Comité ontarien des publications de la Christian Science,
au nom de l'organisme de la Christian Science au
Canada.*

APPENDICE "B"

MÉMOIRE ADDITIONNEL PRÉSENTÉ AU COMITÉ SPÉCIAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE LA CHAMBRE DES COMMUNES PAR LE DOMINION COUNCIL OF CANADIAN CHIROPRACTORS.

A l'honorable Cyrus Macmillan, président du Comité de la sécurité sociale, et aux membres du Comité:

Le 4 juin 1943, j'ai présenté, au nom du *Dominion Council of Canadian Chiropractors*, un mémoire où je demandais que la profession de chiropraticien fût reconnue par le Comité et placée sur un pied d'égalité avec la profession médicale dans la Loi sur l'assurance-santé. Depuis lors, l'opinion publique s'est élevée avec instance, au Canada, pour engager notre Conseil à prendre toutes les mesures possibles afin de sauvegarder ses droits, en adoptant une disposition qui prescrirait que les contributeurs aux prestations de l'assurance-santé ont la liberté de se faire traiter là où ils le désirent.

Lors de la présentation de notre mémoire précédent, on nous avait alloué une heure et demie. Ce n'était là qu'une fraction du temps voulu pour plaider notre cause. M. Cleaver, un des membres du Comité, s'est déclaré convaincu qu'une grande partie de notre population a hautement bénéficié desdits traitements et, en conséquence, il ajoutait que, d'après lui, il fallait procéder avec beaucoup de soin et donner aux délégués de notre association l'occasion de plaider à loisir leur cause (page 515, lignes 24-32). Il notait que le Comité avait accordé une attention de plusieurs jours aux médecins accrédités. Le Dr Sturdy fit alors observer, sur l'invitation du président, qu'il serait à la disposition du Comité pour toute consultation ultérieure. Nous espérons absolument que cette occasion ultérieure se présenterait mais, à défaut d'elle, nous devons nous contenter du mémoire écrit que nous soumettons ici au nom des citoyens et contributeurs canadiens, et des membres de la profession des chiropraticiens, qui sont au nombre de 668, environ, au Canada. Le problème en cause est, à notre avis, de la plus haute importance dans l'intérêt public, et il est digne de la meilleure attention et considération de cette honorable assemblée.

Nous avons en main quelque 400 affidavits et déclarations embrassant presque toutes les maladies ordinaires et signés par des personnes qui, aux quatre coins du Canada, attestent avoir été guéries par la chiropratique là où la médecine orthodoxe était impuissante. La plupart de ces documents ont été reçus depuis notre mémoire de juin dernier.

Dans notre témoignage antérieur, nous signalions le fait qu'au moins 13,000 redressements de la colonne vertébrale s'opèrent tous les jours aux mains des chiropraticiens canadiens, et que quelque 200,000 personnes bénéficient annuellement des traitements de la chiropratique. Nous avons ajouté que la chiropratique avait connu un succès sans égal de guérisons, et nous avons donné des états comparatifs à l'appui de cette affirmation. La chiropratique est, au fait, la deuxième grande profession médicale au Canada. En outre, quatre provinces canadiennes, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique, ont légiféré pour reconnaître la chiropratique comme une profession et conférer aux chiropraticiens, de par l'autorité du gouvernement, le droit d'exercer leur profession et de pourvoir aux besoins hygiéniques de la population de ces provinces. Sur 668 chiropraticiens canadiens à l'heure actuelle, les cinq sixièmes, soit un total de 571, exercent leur profession dans des provinces qui ont légiféré à l'égard de la chiropratique.

Et cependant, le gouvernement fédéral, cédant à d'injustes préjugés, a abrogé en grande partie les droits et privilèges conférés par les provinces. Depuis la dernière session parlementaire, la Loi sur l'assurance-santé a été refaite et soumise, une deuxième fois, à ce Comité. En dépit de notre mémoire, aucune reconnaissance d'aucune sorte n'a été accordée à notre profession, dont la situation reste la même que dans la Loi originale. Cette attitude cadre bien avec le traitement qu'a toujours ménagé à la profession le présent gouvernement, à toutes les phases de notre activité. Suivent des preuves d'injustices, puisées dans d'autres aspects des relations de la profession chiropratique vis-à-vis du public canadien.

LA CHIROPRATIQUE N'A PAS ÉTÉ CONSULTÉE LORS DE L'ÉLABORATION DE LA LOI

Pour rédiger la présente proposition concernant l'assurance-santé, les autorités du ministère de la Santé ont consulté plusieurs organismes et, en soumettant le problème au Comité, le ministre de la Santé nationale déclarait ce qui suit (Procès-verbaux de la session de 1943, page 13): "Pour bien souligner le caractère approfondi de l'enquête, permettez-moi de vous citer la liste des organismes consultés:

- L'Association médicale du Canada
- L'Association dentaire du Canada
- L'Association pharmaceutique du Canada
- Le Conseil canadien des hôpitaux
- L'Association canadienne des gardes-malades
- L'Association des hôpitaux catholiques
- L'Association canadienne d'hygiène publique
- Le Conseil national des femmes
- La Ligue des femmes catholiques
- Les Instituts féminins fédérés du Canada
- La Fédération des femmes canadiennes-françaises
- Le Conseil canadien du bien-être social et l'Association canadienne de prévoyance sociale
- Le Congrès des métiers et du travail du Canada
- La Fédération canadienne de l'agriculture
- L'Association des manufacturiers canadiens
- The Canadian Life Insurance Officers' Association."

La profession chiropratique n'a pas été consultée. A notre avis, aucune association ne joue un rôle plus essentiel à la santé du peuple canadien que celle des chiropraticiens. Plusieurs des associations susmentionnées occupent visiblement un rang inférieur en matière d'hygiène. Le ministère savait, ou il aurait dû savoir, par de longs comptes rendus dans les journaux, que le *Dominion Council of Canadian Chiropractors* s'était réuni au Château-Laurier, à Ottawa, quelques jours avant la réunion de l'Association médicale du Canada en janvier 1943, et que les questions d'assurance-santé avaient été étudiées à fond. En dépit de ces considérations, les chiropraticiens ne furent invités à collaborer en rien à l'élaboration d'une Loi qui intéresse tous les citoyens du Canada, non seulement au point de vue de la santé, mais par la contribution financière qu'elle impose.

La raison ne fait pas de doute. La profession médicale, jouissant d'une représentation prépondérante au sein de ces Comités, a essayé de donner l'impression que la valeur de la chiropratique pour soigner les maladies est faible ou nulle, et que, de fait, ce traitement constitue, à certains égards, une menace, alors que le contraire est vrai. Il y a huit ans environ, des médecins et des chirurgiens nous ont affirmé que l'*American Medical Association* était, à cette époque, en voie d'élaborer des mesures législatives avancées qui supprimeraient toute concurrence inorthodoxe en matière de santé, et laisseraient à cette Association le champ libre en moins de vingt-cinq ans.

LES ARRÊTÉS EN CONSEIL PORTENT DE RUDES COUPS À LA PROFESSION CHIROPRATIQUE

Malheureusement, la guerre a développé dans une large mesure les moyens d'arriver à cette fin. Par la création de la Commission de recrutement et de répartition du personnel médical, dont les cadres ont été élargis plus tard pour embrasser les dentistes et les gardes-malades, la voie se trouvait ouverte à l'octroi par arrêté en conseil, à la profession médicale, de concessions et de privilèges spéciaux. Mais la chose a été menée avec tant d'habileté que le public n'a pas conscience de ces empiétements sur ses libertés.

LA GUERRE AFFECTE LA FORMATION DES CHIROPRAITIENS

La guerre n'a pas nui à la formation des étudiants en médecine. De fait, elle a stimulé l'enseignement médical à tel point que le gouvernement paye les deux premières années de cours des étudiants; puis ceux-ci passent dans les cadres de l'armée et reçoivent la solde militaire pour les deux dernières années.

Considérez la situation des étudiants en chiropratique. Eux et leurs moniteurs sont arrachés en si grand nombre à leurs études par la mobilisation que plus de la moitié des collègues ont fermé leurs portes depuis la déclaration des hostilités. Nous maintenons que la Loi sur l'assurance-santé donnera à la profession médicale des pouvoirs illimités, et tendra, plus encore que jamais, à lui conférer un monopole.

LES CHIROPRAITIENS, EN TANT QUE MEMBRES DE LA PROFESSION, SONT EXCLUS DE L'ARMÉE

Le traitement infligé aux chiropraticiens dans le domaine de la milice canadienne constitue un autre exemple saisissant des injustices dont ils ont été l'objet. Au début de la guerre, les chiropraticiens ont offert de s'enrôler comme simples soldats; ils consentaient à s'enrôler en dessous et au-dessus de la limite d'âge, pourvu qu'ils pussent exercer leur profession et faire bénéficier de leur savoir et de leur expérience les militaires qui requéraient leurs services. La chose leur fut refusée, et les chiropraticiens furent mobilisés pour servir comme simples soldats, tandis que des jeunes filles qui n'ont à leur crédit qu'un cours universitaire de six mois en physiothérapie décrochent le grade et les honneurs de sous-lieutenant.

Au début de la guerre, le ministère de la Défense déclarait dans les journaux que la population canadienne serait répartie entre les différents emplois auxquels les citoyens étaient le mieux adaptés pour fournir un effort de guerre maximum. En dépit de cela, les chiropraticiens sont sous les armes, tandis que la population civile et la population militaire se voient l'une et l'autre privées de leurs services.

Il y a actuellement pénurie de chiropraticiens. Quarante-trois pour cent des patients de ceux qui exercent leur profession sont des ouvriers de chantier maritime ou d'usine de munitions, ou encore travaillent à quelque autre tâche essentielle de guerre. Ils viennent frapper à la porte des chiropraticiens lorsque le traitement médical qu'ils suivaient a échoué, et ils sont rapidement guéris pour pouvoir retourner à leurs occupations.

Nous avons appris que, au Canada, seize centres d'instruction dispensent les soins médicaux nécessaires pour ramener à la santé les réformés des trois armées, de terre, de l'air et de mer. Toutes les professions curatives, médecins, dentistes, masseurs, physiothérapeutes, etc., sont représentées, sauf la profession chiropratique, qui est la plus indispensable à la restauration de ces systèmes nerveux épuisés.

LES INDEMNITÉS AUX SOLDATS MALADES SONT REFUSÉES POUR LA CHIROPRATIQUE

Les femmes et les enfants de soldats envahissent le bureau des chiropraticiens pour obtenir des indemnités de commisération en cas de maladie grave et coûteuse. Les indemnités sont accordées sur-le-champ pour les soins de médecin, mais refusées pour la chiropratique. Ces mères, ces femmes et ces enfants n'ont pas moins des fils, un époux, un père qui luttent vaillamment pour leur pays. Ils se voient refuser ces prestations, et doivent ou bien renoncer à être écoutés ou bien compter sur la charité, parce que, tout simplement, la chiropratique offre, à leurs yeux, des avantages supérieurs. A des fins patriotiques les chiropraticiens, d'un bout à l'autre du Canada, ont pris l'habitude de soigner gratuitement les militaires et leurs familles, plutôt que de voir ces gens victimes d'un traitement injuste. A plusieurs reprises, des soldats ont dû recourir à un subterfuge pour échapper à des peines dont les menaçaient les médecins de l'armée, s'ils étaient soupçonnés d'avoir reçu les soins d'un chiropraticien.

HOSPITALISATION

Le public est aussi lésé dans les cas où l'hospitalisation s'impose. Dans des institutions construites et entretenues aux frais des contribuables, les patients et leurs familles se voient refuser les services des chiropraticiens. De même pour les maisons de santé et les sanatoriums publics.

EXEMPTIONS DE L'IMPÔT SUR LE REVENU REFUSÉES POUR LE TRAITEMENT DE LA CHIROPRATIQUE

Dans le domaine de l'impôt sur le revenu, les citoyens de notre pays qui bénéficient de la chiropratique sont également lésés. L'article 5 (n) de la Loi de l'Impôt de guerre sur le revenu prescrit qu'un contribuable peut déduire la portion des frais médicaux qui dépasse cinq pour cent de son revenu, si le paiement est versé à un "médecin, dentiste ou garde-malade, enregistré en vertu d'une loi fédérale ou provinciale... à l'égard de... maladie... du contribuable". Des milliers de malades supplient les chiropraticiens de prendre des mesures pour faire supprimer cette injustice. Un communiqué de presse daté d'Ottawa lundi dernier, le 27 mai 1944, a annoncé que les honoraires versés aux ostéopathes peuvent maintenant être inclus dans les frais médicaux aux fins des exemptions de l'impôt sur le revenu, d'après un nouveau règlement du ministère du Revenu national. Pour bien illustrer le parti pris et l'injustice d'un pareil procédé, il suffit pour nous de signaler que les ostéopathes, dont la plupart habitent l'Ontario, sont enregistrés en vertu de la même Loi que les chiropraticiens dans cette province. Voici donc les ostéopathes et les chiropraticiens qui, dans l'Ontario, exercent côte à côte leur profession en vertu de la même loi et avec un nombre égal de représentants au sein d'un conseil d'administration. Les ostéopathes sont maintenant reconnus. Mais les chiropraticiens ne le sont pas, et cependant les chiropraticiens, dont 417 sont enregistrés en Ontario, dépassent en nombre les ostéopathes, qui ne sont que 125; ils triplent même le nombre de ces derniers. Voilà un autre exemple de l'injustice témoignée aux chiropraticiens et, ici encore, c'est le public qui en souffre.

INJUSTICE QUANT AUX PNEUS ET À L'ESSENCE

Lorsqu'il fut jugé nécessaire de rationner les pneus d'automobile et la gazoline, les médecins et les gardes-malades expérimentés, dont les services sont secondaires seulement à ceux des médecins, reçurent des permis pour renouveler les pneus de caoutchouc de leurs automobiles et des privilèges spéciaux à l'égard de la gazoline; mais non pas les chiropraticiens. En outre, les chiropraticiens furent rangés dans la plus basse catégorie quant au rationnement de l'essence.

Or il est aussi important pour les chiropraticiens de se servir d'une automobile lorsqu'ils visitent les malades alités et sérieusement atteints que pour les médecins, surtout à la campagne. Plus tard, cependant, des mesures furent prises pour rendre disponibles les pneus usagés dans certains cas et, sur les instances de conseillers juridiques à Toronto, une catégorie plus élevée d'essence fut accordée.

DANGER D'UN MONOPOLE MÉDICAL

Ce n'est pas dans notre intérêt que nous avons signalé ces exemples d'injustice, mais afin de sauvegarder les droits légitimes des contribuables et citoyens canadiens qui en sont, en définitive, les victimes. Nous ne voulons déprécier en rien les services rendus par la profession médicale. Mais nous croyons que, telle qu'elle est actuellement conçue, la Loi sur l'assurance-santé accorde un monopole virtuel aux médecins politiques. Elle scelle une entente d'atelier syndical, pour ainsi dire, entre le gouvernement et la profession médicale. Par l'intermédiaire de la presse, qui est puissante et bat la grosse caisse aux fins de la propagande médicale, cette profession cherche à consolider ses propres positions et à amoindrir la chiropratique. Nous ne pouvons accepter sans réserve quelques-unes des vues extravagantes des médecins. L'une de ces opinions touche le nouveau produit pharmaceutique nommé pénicilline. Le passage suivant est extrait d'un article de fond publié par le docteur J. W. McCutcheon, médecin réputé et rédacteur de l'*Ontario Medical Review*, dans la livraison de septembre 1943, à la page 150: "En réalité, il n'est pas prouvé que la pénicilline ait une valeur thérapeutique et, parmi les cas consignés jusqu'ici, aucun ne montre que la maladie ait suivi un cours imprévu d'après les données ordinaires de l'histoire médicale.

"Tous les écrits que j'ai lus, dans les journaux médicaux ou profanes, sur la pénicilline tendaient à admettre la pénicilline comme un agent thérapeutique de première importance. Cette proposition peut être vraie, mais rappelons-nous que la vérité d'une proposition n'est en raison directe ni de son extravagance ni de son à peu près. Avez-vous pu vérifier vous-mêmes les faits écrits concernant une série de maladies qui auraient été traitées par des investigateurs de la pénicilline? Avez-vous vu des chiffres indiquant une baisse de mortalité ou de durée de la maladie dans une catégorie de gens assez considérable pour justifier des conclusions définitives? En votre qualité de contribuable, que pensez-vous du communiqué de presse qui veut que, à la suite du traitement de dix patients sous la direction du Conseil national de recherches, le Gouvernement fédéral ait déboursé deux millions et demi de dollars pour la fabrication de la pénicilline?

"Sans doute tout le monde est-il trop affairé, en ce moment, pour scruter et fouiller sérieusement le problème. A mon sens, je crains que nous ne nous jetions dans un vaste programme de gaspillage d'effort et d'argent, à moins qu'une enquête intelligente ne soit instituée immédiatement sur toutes les données disponibles, et que ces données ne fassent l'objet d'un jugement lucide et bien mûri. Il ne faut pas oublier que le fardeau de la démonstration incombe à celui qui affirme, et que le seul désir n'altère en rien les faits".

Voilà l'opinion de celui qui est, non seulement un chirurgien éminent, mais l'éditeur de l'organe officiel de l'*Ontario Medical Association*.

Un communiqué de presse daté d'hier, 29 mars 1944, et publié dans le *Daily Province*, de Vancouver, renferme une révélation sensationnelle sur les effets funestes et fatals de l'usage des sulfamidés auxquels on attribue des effets merveilleux. On y lit, entre autres choses, ce qui suit: "A Toronto, le Dr Smirle Lawson, coroner en chef, a ordonné l'institution d'une enquête sur

la mort d'un citoyen de Toronto, causée par un médicament à base de sulfamidamide. La décision, dit-il, a été prise après constatation de la mort de 10 personnes décédées à Toronto, l'année dernière, par suite d'une absorption de la drogue en trop grande quantité... Les autorités des hôpitaux ont expliqué que les sulfamidés sont beaucoup perfectionnés maintenant, mais que des produits aussi violents que ceux-là peuvent avoir de funestes résultats si l'on n'en fait pas un usage modéré".

SUCCÈS CHIROPRATIQUES ET DEMANDE PUBLIQUE

Notre mémoire antérieur, de juin dernier, renfermait l'énumération des faits suivants:

1. La chiropratique est une profession établie et reconnue au Canada.
2. Les études et la formation des chiropraticiens les rendent capables de traiter les maladies, les déficiences et les infirmités de la population.
3. Une forte proportion de la population du Canada compte sur les chiropraticiens pour lui donner des soins.
4. Les citoyens du Canada réclament le droit de choisir leur guérisseur.
5. La chiropratique a obtenu des succès inouïs dans le traitement des maladies et dans la proportion des guérisons".

En outre, nous avons présenté des requêtes, signées par 56,571 électeurs et contribuables, à l'effet d'obtenir que la Loi sur l'assurance-santé accorde à chacun la liberté de consulter le guérisseur de son choix. Nous avons signalé que, à cette époque, nous avions en main 2,940 cartes signées par des citoyens de la Colombie-Britannique qui avaient répondu à un questionnaire leur demandant leur opinion sur ces différents points. Quatre-vingt-dix-sept et un dixième pour cent ont attesté qu'ils avaient joui des prestations chiropratiques, 99.1 p. 100 ont sollicité la liberté de choisir un chiropraticien en vertu de la Loi sur l'assurance-santé, 98.38 p. 100 ont demandé que des chiropraticiens soient engagés dans l'armée, le pourcentage élevé de 34.1 p. 100 ont déclaré qu'eux-mêmes ou des membres de leur famille avaient été guéris d'une maladie incurable d'après le diagnostic de la profession médicale, et 32.33 p. 100 qu'ils avaient échappé, grâce à la chiropratique, à des opérations jugées nécessaires par les chirurgiens.

Nous avons aussi mentionné le fait que le Congrès canadien des métiers et du travail et la Fédération de l'Agriculture avaient présenté des mémoires demandant la reconnaissance légale du traitement chiropratique.

EXEMPLES CONCRETS DU SUCCÈS SANS PRÉCÉDENT DE LA CHIROPRATIQUE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

Ce Comité admet volontiers, sans aucun doute, la supériorité incontestable du témoignage oral sur le texte écrit. Si l'on nous avait rappelés, nous n'aurions pas manqué d'invoquer des témoins pour montrer les résultats permanents obtenus tous les jours par les chiropraticiens dans le traitement de maladies ordinaires, lesquelles maladies ne devraient pas, d'après la croyance générale, répondre au traitement chiropratique. Nous sommes fermement convaincus que si les auteurs de la loi et les honorables membres de ce Comité étaient quelque peu au courant de l'étendue et de l'envergure de la tâche accomplie par les chiropraticiens aux quatre coins du Canada, nous aurions été inclus dans la première ébauche de la Loi sur l'assurance-santé.

Nous voulons attirer l'attention de ce Comité sur le fait que des recherches avancées ont été effectuées par la *Palmer Chiropractic Research Clinic*, le *National Chiropractic Public Health Bureau* et l'*American Chiropractic Research*

Committee sur l'efficacité de la chiropratique dans le traitement de la stérilité, des maladies vénériennes, infectieuses et contagieuses, et de l'accouchement.

A la *Palmer Chiropractic Research Clinic* de Davenport, Iowa, le docteur B. J. Palmer a à son service un personnel de médecins enregistrés et spécialisés, ainsi qu'un outillage qui comprend les instruments de recherche en diagnostic les plus perfectionnés dont se servent aujourd'hui les cliniques médicales les plus réputées au point de vue scientifique. Cette clinique a découvert que, dans bien des cas, les patientes atteintes de la stérilité chronique (qui dure cinq et même dix ans) répondaient promptement et, en moins de 30 à 90 jours, devenaient enceintes par les seules méthodes chiropratiques.

La clinique a aussi découvert que, là où les patientes avaient des fausses couches répétées, des ajustements, opérés au moyen de la chiropratique, renforçaient les organes au point de les rendre bientôt normaux, sains et féconds.

La clinique a aussi établi que la blennorrhagie réagit promptement à la chiropratique. La profession médicale admet que toute personne exposée à cette maladie ne la contracte pas. La clinique explique ce phénomène en prouvant qu'en pareils cas les nerfs qui activent les organes en question sont libres de toute intervention cérébro-spinale et parviennent à résister à l'infection. Quand une patiente est atteinte, les chiropraticiens font disparaître l'obstacle à l'action nerveuse au moyen d'un ajustement, et le mal est enrayé.

Quant aux maladies contagieuses et infectieuses, les cliniques de recherches ont démontré avec succès le fait que toutes les maladies fébriles réagissent immédiatement à la chiropratique. Les cas de diphtérie, de fièvre scarlatine, de petite vérole et de fièvre typhoïde suivent ordinairement un cours normal. La chiropratique en abrège le cours, supprime en grande partie les risques de la maladie, et élimine les complications ainsi que les suites chroniques.

Il est établi dans les hôpitaux chiropratiques que les accouchements se font plus vite, et que des ajustements chiropratiques les facilitent en développant l'énergie nerveuse, ce qui permet aux muscles d'expulsion de fonctionner normalement sans l'aide de stimulants. On a aussi découvert que ce traitement provoque une distension de la symphyse pubienne, et rend possible un accouchement normal, naturel, sans recours aux forceps ou à l'opération césarienne.

La chiropratique est appelée à durer. Le public la réclame, malgré tous les obstacles qui lui ont été suscités, et elle ira de l'avant vers des sommets encore plus hauts dans la voie de la réalisation et de la découverte.

HAUSSE DES NORMES ÉDUCATIVES REQUISES DES CHIROPATICIENS, ET INSTITUTION D'UN COLLÈGE

Depuis la présentation de notre premier mémoire, le *Dominion Council of the Canadian Chiropractors' Association* a haussé les normes éducatives des étudiants en établissant un cours d'études de quatre ans, de huit mois chacun, dans un collège approuvé de chiropratique. Lors de notre dernière réunion, notre président, le docteur Walter Sturdy, déclarait ce qui suit: "Nous allons fonder ici, en Ontario, à Toronto, un collège qui sera dirigé par le Conseil de la chiropratique, par les chiropraticiens du Canada, et aura pour mission de former et de produire des étudiants dont je pense que même nos frères de la profession médicale n'auront pas trop à rougir".

Lors d'une récente séance tenue à Toronto, ce projet a définitivement pris corps et le Collège, actuellement en voie d'établissement, ouvrira, nous l'espérons, ses portes en septembre prochain.

CONCLUSION

En terminant, nous tenons à revenir sur ce que nous disions dans notre premier mémoire, à la page 500: "Il est donc clair que les chiropraticiens, avant d'être autorisés à exercer, sont bien en mesure de traiter les troubles, maladies, défauts ou invalidité du corps humain. Ils sont parfaitement compétents à s'occuper des malades ou des blessés, et s'ils jugent une interruption chirurgicale utile, connaissant les principes essentiels, ils n'hésitent pas à envoyer le malade au chirurgien, comme un médecin envoie les maladies des dents à un dentiste et les cas spéciaux à des spécialistes".

Nous avons démontré de façon péremptoire que la chiropratique devrait être incluse au même titre que la médecine dans toute proposition d'assurance-santé. Des milliers de citoyens canadiens sont prêts à témoigner des bienfaits permanents dont ils sont redevables à la chiropratique. Un grand nombre ont exprimé par écrit leur indignation de voir que la profession n'avait pas encore été reconnue dans la loi en question.

Nous proposons ici même et sollicitons que soit annexé au présent mémoire, à titre d'appendice "A", le compte rendu imprimé d'une enquête de la *Burton Shields Company*, éditeurs, d'Indianapolis, Indiana, indiquent le pourcentage extrêmement élevé d'excellents résultats obtenus par les chiropraticiens dans le traitement de 91 des maladies les plus répandues parmi les hommes.

Les spécialistes de la chiropratique, d'un bout à l'autre du pays, ont maintenu ce haut niveau, et la *Palmer's Research Clinic* a montré, par ses recherches, que de pareils chiffres sont fondés.

Nous ne pouvons songer à soumettre à ce Comité un nombre aussi considérable que 400 affidavits, mais nous avons choisi au hasard, sur ce nombre, 12 affidavits qui attestent la bienfaisante intervention de la chiropratique dans différents genres de maladie. Nous demandons respectueusement leur inclusion, à titre d'appendice "B", à notre présent mémoire.

Le tout respectueusement soumis.

Vancouver, C.-B., ce 30 mars 1944.

JOHN S. BURTON,
*Avocat général du Dominion Council of the Canadian
Chiropractors' Association.*

APPENDICE "C"

HONORAIRES DE MÉDECINS

Le mardi 30 mars, la déclaration suivante de M. Johnston à une réunion du Comité spécial de la Sécurité sociale proposait de déposer au compte rendu certains détails sur le revenu actuel des médecins et leur revenu probable sous un plan d'assurance-santé:

Quoi qu'il en soit, quelqu'un devrait témoigner devant le Comité et nous dire quel a été le revenu moyen des médecins et ce qu'il sera une fois ce projet en vigueur... Il convient de tirer la chose au clair et d'entendre le docteur Heagerty, le président ou une autre personne nous dire exactement ce que seront ces revenus.

Il faut signaler, en réponse à cette enquête, qu'il n'existe aucune statistique complète sur les revenus des médecins au Canada. Toutes les statistiques disponibles sont calculées d'après les revenus des médecins salariés et une estimation des honoraires des médecins qui exercent à leur propre compte.

Les pages 482 et 483 du Rapport du Comité consultatif de l'assurance-santé renferment un état des revenus moyens des médecins et chirurgiens pour l'année civile 1931. Le passage est ainsi conçu:

En l'absence de renseignements plus précis à l'égard du revenu des hygiénistes professionnels, il convient probablement de dresser une estimation basée sur les traitements payés à l'époque du septième recensement. En suivant, pour une part, la méthode du *National Committee for Mental Hygiene*, le point de départ est établi d'après le traitement des médecins et dentistes à salaire, et le traitement des autres professionnels indépendants. On a présumé que 40 p. 100 du revenu brut des médecins, chirurgiens, dentistes, opticiens, ostéopathes et chiropraticiens étaient affectés aux frais divers.

La moyenne brute des revenus des médecins et chirurgiens a été supputée sur la base annuelle de \$5,237 ci-dessus, et la moyenne nette établie à \$3,142.

Ces chiffres étant basés sur une estimation et non sur des données statistiques, il n'y a pas de raison de penser qu'ils représentent exactement le revenu des médecins canadiens à cette époque. Les chiffres correspondent à l'année 1931; ils sont extraits du recensement décennal de 1931. La dépression sévissait alors, et les revenus des médecins étaient en dessous de la moyenne. Bien des gens étaient à la charité publique, et il devint nécessaire pour les provinces du Canada d'assumer, moyennant des taux extrêmement bas, les frais des soins médicaux aux indigents. Par exemple, durant la dépression, la province d'Ontario accorda un montant de vingt-cinq cents par personne par mois pour pourvoir aux frais médicaux. Sur cette somme, quatre cents étaient alloués pour les médicaments, ce qui laissait vingt et un cents pour le médecin, ou \$2.52 par personne par année pour les soins médicaux. Plus tard, le taux fut élevé à trente-cinq cents par mois et enfin, en 1941, à cinquante cents par mois, y compris les médicaments. Au cours de cette période de dépression, quelques médecins durent accepter l'assistance publique. Mais s'il est vrai que, pour telle année de la dépression, le revenu brut des médecins s'élevait à \$5,237, on imagine facilement ce que sera ce revenu dans les périodes de prospérité.

Le même état indique que, pour la même époque, les revenus des médecins américains étaient presque le double de ceux des médecins canadiens, leur revenu net étant évalué à \$4,642. *Il est clair que les montants spécifiés ne doivent pas être tenus pour vraiment révélateurs des revenus des médecins.*

Suit une estimation, par le Bureau de la statistique, des revenus des médecins pour l'année 1941 au Canada:

Personnel exerçant privément	Nombre total	Moyenne nette	Revenu net total	Revenu brut total	Moyenne brute indiquée
Médecins et chirurgiens.....	8,600	\$3,076	\$26,451,756	\$44,086,242	\$5,126

Les chiffres qui ont servi de base à ces calculs ont été supputés d'après la méthode exposée à la page 482 du Rapport du Comité consultatif de l'assurance-santé. A noter que la moyenne brute est estimée à moins pour 1941 que pour l'année de dépression 1931.

Le *Committee on the Cost of Medical Care* des Etats-Unis nous fournit les tableaux suivants du coût des prestations et des honoraires de médecins:—

TOTAL DES FRAIS MÉDICAUX AUX ÉTATS-UNIS

(Tous les chiffres sont en milliers de dollars)

Service	Total	Sources de revenu				Par tête (1929)
		Patients	Gouvernements	Philanthropie	Industrie	
	\$	\$	\$	\$	\$	\$ c.
Médecins exerçant individuellement.....	1,090,000	1,040,000			50,000	8-97
Dentistes exerçant individuellement.....	445,000	445,000				3-66
Praticiens secondaires et sectaires.....	193,000	193,000				1-59
Gardes-malades diplômées, service particulier.....	142,000	142,000				1-17
Gardes-malades non diplômées, service particulier.....	60,000	60,000				0-49
Hôpitaux: coût d'exploitation.....	656,000	278,000	300,000	54,000	24,000	5-40
Hôpitaux: construction.....	200,000		100,000	100,000		1-64
Hygiène publique.....	121,000		93,500	27,500		1-00
Laboratoires privés.....	3,000	3,000				0-02
Appareils orthopédiques et autres.....	2,000	2,000				0-02
Lunettes.....	50,000	50,000				0-41
Médicaments.....	665,000	665,000				5-47
Soins médicaux organisés.....	29,000	7,790	16,000	210	5,000	0-24
Total.....	3,656,000	2,885,790	509,500	181,710	79,000	30-08

N.B.—Ces item ne seraient pas tous inclus dans l'assurance-santé au Canada.

PERSONNEL EXERÇANT INDIVIDUELLEMENT ET COÛT DE SES SERVICES

Praticiens	Nombre	Frais		Par tête
		Total	Pour cent	
		\$		\$ c.
Médecins.....	121,000	1,090,000,000	56-5	8-97
Dentistes.....	56,800	445,000,000	23-0	3-66
Gardes-malades diplômées.....	118,000	142,000,000	7-3	1-17
Gardes-malades non diplômées.....	150,000	60,000,000	3-1	0-49
Sages-femmes.....	47,000	3,000,000	0-2	0-03
Pédiçures.....	4,900	15,000,000	0-8	0-12
Optométristes.....	20,200	50,000,000	2-6	0-41
Ostéopathes.....	7,700	42,000,000	2-2	0-35
Chiropraticiens.....	16,000	63,000,000	3-3	0-52
Naturopathes.....	2,500	10,000,000	0-5	0-08
Guérisseurs religieux.....	10,000	10,000,000	0-5	0-08
Total.....	554,100	1,930,000,000	100-0	15-88

COÛT ANNUEL, PAR TÊTE, DES SOINS MÉDICAUX AUX ÉTATS-UNIS
1928-1931

Genre de service	États-Unis	Localités	Achats individuels	
			Citoyens de la race blanche	Citoyens de toute origine
	\$ c.	\$ c.	\$ c.	\$ c.
Praticiens (comme dans le tableau précédent)	15-88	12-90	17-50	16-70
Hôpitaux et sanatoriums	7-04	5-99	3-20	3-09
Drogues et médicaments	5-47	6-65	3-17	3-10
Hygiène publique	1-00	0-67		
Divers	0-69	0-61	0-71	0-69
Tous genres	30-08	26-82	24-58	23-58

POURCENTAGE DES FRAIS PAR FAMILLE

Médecins	39.8
Dentistes	18.5
Hospitalisation	13.0
Médicaments	12.9
Gardes-malades	8.1
Tous autres services	7.7
	100.0

COMPTE DÉTAILLÉ DU MÉDECIN DE FAMILLE

Pourcentage du coût total des différents items, d'après le revenu de famille; à base de chiffres obtenus pour 8,639 familles de race blanche dont le revenu est connu et qui ont été suivies durant douze mois consécutifs, de 1928 à 1931.

Revenu familial	Nombre de familles	Coût total moyen	Pourcentage du coût annuel total pour:								
			Médecins	Hôpital	Gardes-malades	Dentistes	Médicaments	Corrections et lunettes	Praticiens secondaires et sectaires	Tous autres services	Total
		\$ c.									
Moins de \$1,200	1,336	49-17	44.5	17.7	3.8	8.4	17.6	2.5	3.5	2.0	100.0
\$1,200 à \$2,000	2,837	66-81	43.6	13.9	4.7	13.5	16.5	2.2	1.9	3.7	100.0
\$2,000 à \$3,000	2,235	94-84	41.5	14.4	5.0	17.3	14.5	2.4	2.1	2.8	100.0
\$3,000 à \$5,000	1,196	137-92	39.3	11.6	7.5	20.4	12.7	2.9	1.8	3.8	100.0
\$5,000 à \$10,000	723	249-35	35.6	10.5	14.6	22.1	9.2	2.9	2.9	2.2	100.0
\$10,000 et plus	312	503-19	34.7	12.5	13.7	26.0	7.1	2.3	1.7	2.0	100.0
Tous revenus	8,639	108-14	39.8	13.0	8.1	18.5	12.9	2.5	2.2	3.0	100.0

MOYENNE DES FRAIS MÉDICAUX PAR PERSONNE PAR AN

A base de chiffres obtenus pour 38,427 personnes de race blanche appartenant à des familles dont le revenu est connu et qui habitent des centres à population fixe; ces familles ont été suivies durant douze mois consécutifs, de 1928 à 1931.

Importance du centre (population)	Moyenne des frais annuels par personne dans des familles à revenu déterminé						
	Moins de \$1,200	\$1,200 à \$2,000	\$2,000 à \$3,000	\$3,000 à \$5,000	\$5,000 à \$10,000	\$10,000 et plus	Tous revenus
	\$ c.	\$ c.	\$ c.	\$ c.	\$ c.	\$ c.	\$ c.
Villes de 100,000 âmes et plus	17-51	15-42	23-01	32-30	55-97	127-06	32-39
Villes de 5,000 à 100,000 âmes	7-07	13-15	18-54	25-85	62-86	108-39	23-89
Villages de moins de 5,000 et campagnes	8-25	12-32	18-11	25-25	42-73	83-06	15-80
Tous centres	9-25	13-17	19-85	28-52	54-16	115-37	22-58*

*A base d'une estimation du coût individuel.

MOYENNE DU COÛT INDIVIDUEL POUR LA POPULATION TOTALE DES
ÉTATS-UNIS

Service ou article—	Frais individuels
	\$ c.
Médecins.....	9-43
Dentistes.....	4-29
Médicaments.....	3-10
Hôpital.....	3-09
Gardes-malades.....	1-89
Corrections et lunettes.....	0-58
Praticiens secondaires et sectaires.....	0-51
Tous autres.....	0-69
Total.....	23-58†

† A base d'une estimation du coût moyen par personne (ci-dessus) et par familles (\$24.58).

Les chiffres suivants quant aux honoraires de médecins proviennent du
Committee on the Cost of Medical Care:

(1) Coût moyen des soins médicaux—honoraires de médecins.....	39-8%
(2) California Medical Economic Survey—honoraires de médecins.....	44-1%
(3) California Depression and Health Study—Honoraires de médecins.....	33-5%
(4) Soins médicaux (praticien général, spécialiste et consultant).....	\$12.68
Opérations.....	4.10
Coût total de la maladie et des opérations.....	\$16.78

Une enquête, instituée en 1936 par le ministère américain de l'Agriculture, en collaboration avec le *Works Project Administration*, sur le coût, par famille, des soins médicaux dans les petites villes, dans les villages et sur les fermes, a révélé que les familles de villageois qui ont besoin du médecin dépensent \$61 en frais médicaux. Cela représente un déboursé individuel de \$16 par an. Sur cette somme, une moyenne de 40 p. 100, soit \$6.40, représente la dépense individuelle en honoraires de médecin. Les frais pour soins médicaux ont varié de \$20 dans les familles dont le revenu se range entre \$250 et \$499, soit \$6 par tête dont \$2.40 représentent les honoraires de médecin, à \$157 dans les familles dont le revenu se range entre \$3,000 et \$3,999, soit \$38 par tête dont \$15.20 représentent les honoraires de médecin. Le coût individuel des honoraires de médecin se trouvait donc à varier de \$2.40 par tête à \$15.20 par tête. Le pourcentage des familles qui recourent aux soins de médecin augmentait considérablement avec le revenu—s'élevant de 49 p. 100 dans la catégorie de \$250-\$499 à 84 p. 100 dans la catégorie de \$3,000-\$3,999. Pour l'ensemble des catégories étudiées (\$250-\$3,999), le revenu moyen correspondait au niveau \$1,000-\$1,249, point où la dépense individuelle était de \$13 ou \$5.20 en honoraires de médecin. Le pourcentage du revenu familial total absorbé par les frais médicaux chez ce groupe intermédiaire était égal au pourcentage moyen du revenu net absorbé par les frais médicaux chez tous les groupes, nommément 4.2 p. 100. D'après les calculs estimatifs du *Committee on the Cost of Medical Care*, ce groupe intermédiaire aurait dû dépenser \$23.58 par tête en soins médicaux, ou \$9.43 en honoraires de médecin.

L'enquête a révélé que, bien que les familles de cultivateurs dépensent moins que les familles de villageois en soins médicaux, cependant le pourcentage de leur revenu total absorbé est plus élevé. Le coût moyen des soins médicaux dans les familles de cultivateurs qui en avaient besoin était de \$49.65, soit \$11.35 par tête dont \$4.54 (40%) représentent les honoraires de médecin, tandis que dans les familles de villageois, le coût des soins médicaux était de \$61, soit \$16 par tête dont \$6.40 (40%) représentent les honoraires de médecin. Les frais subis par les familles agricoles de toutes les catégories étaient peu élevés.

Une enquête d'envergure nationale, instituée aux Etats-Unis en 1928-1931 et dont le compte rendu a paru dans la livraison du 10 octobre 1941 des *Public Health Reports* du U.S. *Public Health Service*, montre que le nombre des cas

où le médecin a été appelé s'élevait à 646.6 par 1,000 personnes. Le nombre de visites rendues dans chaque cas par le médecin s'élevait à 4.2. Sur ces visites, 12.8 p. 100 étaient rendues par un spécialiste.

Dans une étude sur les cas de maladie constatée chez les employés de la *Metropolitan Life Insurance*, étude qui a paru le 13 mai 1932, le coût des soins médicaux fournis à 8,677 familles, comprenant 33,796 personnes, a été estimé à \$854,343. Le coût moyen des prestations médicales par famille a été établi à \$98.46, soit \$25.25 par tête. Sur ce montant, le coût, par famille, des honoraires de médecin s'élevait à \$39.19. Le coût moyen, par personne, des honoraires de médecin s'élevait donc à \$10.05.

La conclusion suivante s'est dégagée de l'étude en question: Les chiffres indiquent également que si l'on faisait l'épreuve d'un système d'achat ou d'épargne collective pour faire face aux frais médicaux, le coût moyen prévu pour chaque famille de quatre ou cinq personnes serait, semble-t-il, d'environ \$100 à \$125 par année.

A en croire les rapports des *Associated Medical Services, Inc.*, au Canada, les frais annuels d'honoraires de médecin, par patient, se sont élevés à \$12.96 en 1939 et à \$12.36 en 1940.

Au point de vue des honoraires, on présume que, sous le régime de l'assurance-santé au Canada, le coût moyen, par assuré, des honoraires de médecin sera d'environ \$9.50 par an. Cette estimation est à peu près l'équivalent de celle du *Committee on the Cost of Medical Care*, soit \$9.43.

Les chiffres suivants représentent les frais moyens individuels subis à la *Hollinger Employee's Medical Services Association* durant les cinq années qui se sont écoulées entre 1937 et 1941:

Médecin..	\$15 35*
Hôpital..	2 83
Garde-malade..	30
Radiographie..	62
Administration..	1 13
Divers..	21†

Un plan semblable au *Hollinger Medical Plan* a été inauguré à la mine Ross en 1940. Chaque personne y a déboursé \$20.38. Le groupe se composait de 550 personnes.

Une enquête sur le budget familial au Canada en 1937-1938, embrassant les familles d'ouvriers urbains, a révélé que 66.4 p. 100 des familles anglaises passées en revue avaient subi des frais médicaux. Ces frais constituaient 34.5 p. 100 des dépenses totales pour l'entretien de la santé. Le coût établi d'après les familles passées en revue était de \$33.60. Sur les familles françaises visitées, 75.8 p. 100 avaient payé des honoraires de médecin, et le coût par famille visitée était de \$27.50. En supposant que les familles anglaises se composent de 4.4 membres, le coût des honoraires de médecins serait de \$7.64 par tête, et pour les familles françaises estimées à 5.3 membres, de \$5.70 par tête.

Honoraires de médecins par famille dans différentes villes du Canada (1937-1938)
(Moyennes en dollars)

Charlottetown..	19.1	Toronto	17.4
Halifax..	25.8	London	23.3
Saint-Jean..	22.2	Winnipeg (anglais)	23.4
Québec	23.3	Winnipeg (autres nationalités)	19.4
Montréal (français)	19.7	Saskatoon	26.5
Montréal (anglais)	14.8	Edmonton	23.9
Montréal (autres nationalités)	13.9	Vancouver	21.0
Ottawa	26.9		

* Chiffre établi d'après les comptes de médecins indiquant des honoraires raisonnables pour soins rendus, et réglés en plein.
† Y compris diverses rubriques de services de laboratoire non fournis par l'hôpital; les rapports pathologiques et les frais extraordinaires.

L'estimation détaillée du coût des prestations médicales prévues sous le régime de l'avant-projet de Loi sur l'assurance-santé est la suivante.*

POPULATION ASSURABLE (1938): 11,209,000

Service	Pourcentage du coût total	Somme versée pour chaque service	
		Par tête	Total
Médecin (y compris le praticien général, le consultant, le spécialiste, le chirurgien, et les opérations).....	44.0	19.50	\$106,485,500.00
Hospitalisation (les immobilisations non comprises).....	16.7	3.60	40,352,400.00
Garde-malade (y compris les garges-malades privées).....	8.0	1.75	19,615,750.00
Médicaments (drogues, sérums, vaccins, pansements).....	11.8	2.55	28,582,950.00
Services de laboratoire (prises de sang, radiographie, etc.).....	2.8	0.60	6,725,400.00
Dentiste.....	16.7	3.60	40,352,400.00
Total.....	100.0	\$21.60	\$242,114,400.00

L'estimation du coût de la rémunération des médecins en vertu d'un plan d'assurance-santé, nommément \$9.50 par assuré, est calculée à base d'honoraires. Il faut noter que la somme de \$9.50 est allouée pour le paiement des honoraires de médecin dans le cas de chaque assuré, mais, comme environ 60 p. 100 (3/5) seulement des assurés auront besoin des soins d'un médecin dans le cours d'une année, la partie intacte des fonds disponibles pour les honoraires de médecin (2/5), soit \$3.80 par tête, peut être ajoutée aux \$9.50, ce qui donne un total de \$13.30 disponible pour le paiement des honoraires de médecin dans le cas de chaque malade. Sur le \$13.30, il est probable qu'environ le tiers sera déboursé en opérations. Les services du médecin comprendront les examens médicaux, les soins au malade, les opérations, les immunisations et autres traitements.

Le nombre moyen de visites du praticien à chaque malade est estimé à 4.2. Quarante pour cent des malades n'auront probablement besoin que d'une seule visite, tandis que 9.7 p. 100 devront recevoir dix visites ou davantage.

A peu près 12.8 p. 100 des malades doivent recevoir les services d'un spécialiste. Sept et quatre-dixièmes pour cent auront probablement besoin d'opérations. D'ordinaire, environ 4 p. 100 des patients ont besoin d'opérations mais, sous le régime de l'assurance-santé, ce nombre augmentera sans doute, surtout durant les premières années de l'application du plan. Environ 12 p. 100 des patients doivent recevoir l'hospitalisation chaque année, et sur ces hospitalisés, 62 p. 100 environ devront recevoir les soins d'un chirurgien.

L'un des aspects les plus importants d'un service médical satisfaisant consiste dans une rémunération convenable des médecins. La formation d'un médecin est longue, coûteuse et pénible, ses responsabilités très lourdes. Les praticiens devraient être bien payés de leurs services, et leurs conditions de travail devraient être telles que des hommes et des femmes de premier plan soient attirés à la profession et puissent consacrer avec enthousiasme le meilleur de leur temps et de leur attention à la tâche qui leur incombe.

Le total des sommes versées, en 1929, à tous les médecins qui exercent individuellement aux Etats-Unis représente un revenu brut de \$9,000, en moyenne, par médecin. Ce revenu brut de \$9,000 par an en moyenne semble placer le médecin dans une catégorie favorisée au point de vue financier, mais, une fois déduits les frais de sa profession—le coût de l'installation et de l'entretien de ses bureaux, de la salle d'attente, les honoraires de gardes-malades, les frais d'automobile, les cotisations à des sociétés professionnelles, les abonnements aux journaux, l'entretien de la bibliothèque, des instruments, l'acquisition de nouveaux appareils—il ne reste au médecin qu'environ \$5,300 comme revenu net ou réel. Ainsi, près de 40 p. 100 du revenu du médecin se trouve donc

absorbé par les dépenses professionnelles. Les revenus professionnels aux Etats-Unis représentent des sommes moins que suffisantes pour subvenir à des dépenses qui atteignent le chiffre élevé de \$100,000 par an.

Pour l'année 1941, le revenu net moyen des médecins non salariés aux Etats-Unis s'est élevé à \$5,047.00. Cette estimation se fonde sur un questionnaire auquel ont répondu 1,586 médecins.

Le revenu net moyen des médecins non salariés pour les années 1936 à 1941 inclusivement s'est réparti de la manière suivante:

1936	\$4,204	1939	\$4,229
1937	4,285	1940	4,441
1938	4,093	1941	5,047

Le revenu brut moyen des médecins non salariés pour les années 1936 à 1941 inclusivement s'est réparti de la manière suivante:

1936	\$7,020	1939	\$7,261
1937	7,276	1940	7,632
1938	7,053	1941	8,524

Les rapports ont indiqué que la moyenne des comptes qui restaient à percevoir était estimée à \$2,285 à la fin de 1939, et à \$2,594 à la fin de 1941.

Le revenu net moyen de tous les médecins salariés aux Etats-Unis, pour les années 1936 à 1941 inclusivement, a été ainsi réparti:

1936	\$4,387	1939	\$4,641
1937	4,443	1940	5,037
1938	4,228	1941	5,495

L'estimation à \$9.50 des honoraires de médecin par assuré ne signifie pas que chaque médecin au Canada recevra cette somme de chaque patient. Sous le régime de l'assurance-santé organisé à base d'honoraires, certains médecins gagneront à peine convenablement leur vie et d'autres toucheront un gros revenu, tout comme à l'heure actuelle. Il faut toutefois noter que le but de l'assurance-santé n'est pas de réduire le coût des soins médicaux, mais bien de mettre tous les soins médicaux connus à la disposition de l'assuré au moment précis où il en a besoin.

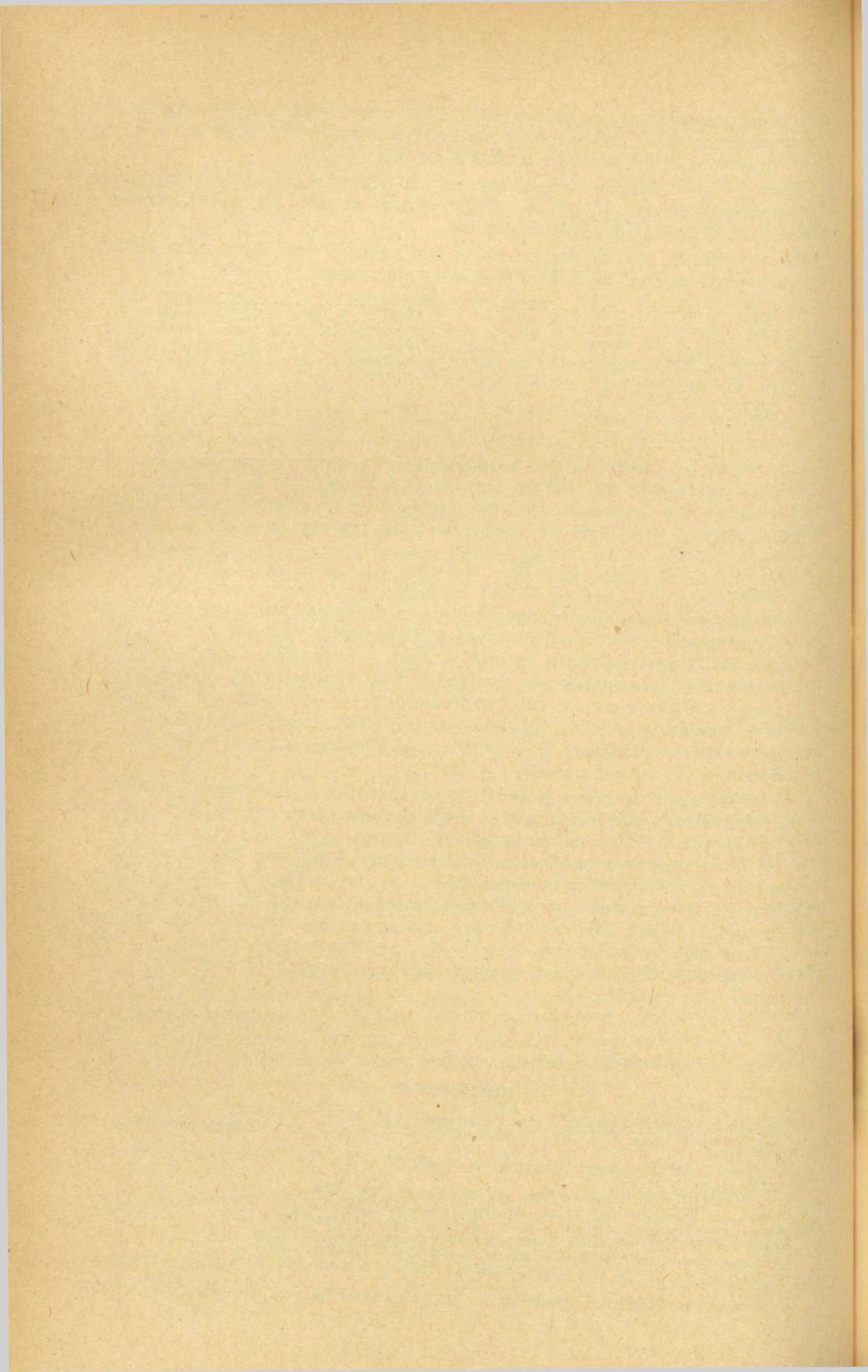
Il est difficile de calculer le coût des soins médicaux en termes d'honoraires ou de salaires tant que la profession médicale ne se sera pas déclarée prête à accepter l'une ou l'autre de ces méthodes de paiement, et n'aura pas conclu avec les Commissions provinciales de l'assurance-santé une entente quant au montant du salaire ou des honoraires, mais à ce propos des rémunérations, il faut noter que les revenus nets des médecins salariés et non salariés aux Etats-Unis pour les années 1936 à 1941 ont été à peu près les mêmes. On peut donc conclure des chiffres qui précèdent que le coût de l'assurance-santé organisée à base d'honoraires ne différerait pas beaucoup de l'assurance-santé organisée à base de salaires.

J. J. HEAGERTY.

* Ce tableau est sujet à une revision ultérieure.

RÉFÉRENCES

- Rapport du Comité consultatif sur l'assurance-santé, 1943, pp. 482-483.
 Falk, Rorem & Ring: The Costs of Medical Care—University of Chicago—pp. 9, 14, 19, 89, 90, 93, 96, 200.
 U.S. Dept. of Agriculture: Miscellaneous Publication No. 402; Family Expenditures for Medical Care—p. 5 et seq.
 U.S. Public Health Reports: Vol. 56, October 10, 1941, No. 41.
 Bureau of Medical Economics, American Medical Association: Handbook of Sickness Insurance, State Medicine and the Cost of Medical Care: Revised 1939: Chicago—p. 5 et seq.
 Associated Medical Services, Incorporated, Toronto: Annual Report, 1940.
 Hollinger Employees' Medical Services Association, Timmins: Reports.
 Bureau fédéral de la statistique, Ottawa: Family Income and Expenditure in Canada, 1937-1938.
 Department of Commerce, Washington, D.C.: Survey of Current Business: October 1943.



SESSION DE 1944

CHAMBRE DES COMMUNES

PROCÈS-VERBAL

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 7

SÉANCE DU MERCREDI 26 AVRIL 1944

TÉMOINS:

- M. J. W. Fulton, représentant l'organisme de la *Christian Science*;
Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère
des Pensions et de la Santé nationale;
M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé
nationale;
M. A. D. Watson, actuaire en chef, Département de l'assurance.

OTTAWA

EDMOND CLOUTIER

IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI

1944

COMITÉ SPÉCIAL
DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE

ORDRE DE RENVOI

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le VENDREDI 21 avril 1944.

Il est ordonné: Que le nom de M. Nicholson remplace celui de M. MacInnis
comme membre du Comité spécial de la sécurité sociale.

Copie conforme.

Le Greffier de la Chambre,
ARTHUR BEAUCHESNE.

SEANCE DU MERCREDI 20 AVRIL 1944

TÉMOINS:

M. J. W. Fulton, représentant l'organisme de la Christian Science;
Dr J. J. Hesterly, directeur des Services d'hygiène publique, ministère
des Pensions et de la Santé nationale;
M. W. O. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé
nationale;
M. A. D. Watson, actuaire en chef, Département de l'assurance

PROCÈS-VERBAL

Le MERCREDI 26 avril 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à onze heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Blanchette, Bourget, Breithaupt, Bruce, Cleaver, Côté, Donnelly, Fulford, Gershaw, Gregory, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lalonde, Leclerc, Lockhart, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), Macmillan, McGarry, McGregor, McIvor, Maybank, Mayhew, Nicholson, Slaght, Véniot, Wood et Wright.—29.

Sont aussi présents:

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. A. D. Watson, actuaire en chef, Département de l'assurance;

M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions de la Santé nationale;

M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;

M. J. E. Howes, du personnel des recherches, Banque du Canada;

M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'Impôt sur le revenu;

M. J. C. Brady, directeur du Service de la statistique des institutions, Bureau fédéral de la statistique.

Le président communique une lettre de Mlle Charlotte Whitton et une autre du Dr T. C. Routley, secrétaire général de la *Canadian Medical Association*. Il est convenu que ces deux lettres figureront au compte rendu.

Sur proposition de l'honorable M. Bruce, il est ordonné qu'un mémoire émanant du Congrès canadien du travail et un mémoire émanant de la *Canadian Association of Social Workers* soient respectivement imprimés comme Appendices "A" et "B" aux témoignages de ce jour.

Après discussion, il est décidé de disposer du mémoire supplémentaire soumis par l'organisme de la *Christian Science*, et qui figure au fascicule 6. séance du 20 avril 1944.

M. J. W. Fulton est appelé et interrogé au sujet de ce mémoire.

Les témoins suivants sont aussi appelés et interrogés, savoir:

Le Dr J. J. Heagerty,

M. W. G. Gunn,

M. A. D. Watson.

M. Slaght propose:

"Que M. Gunn, en collaboration avec le Comité consultatif, rédige une clause établissant clairement le droit du Lieutenant-gouverneur en conseil de prescrire par décret que, nonobstant les dispositions concernant la Commission d'assurance-santé mentionnée à l'article 19 (1) de l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé, les personnes ne tenant pas à accepter les prestations prévues par ce projet de loi soient protégées contre l'acceptation obligatoire de ces prestations. Que cette clause prévoie aussi, à même les deniers accumulés en vertu de la loi, le paiement des méthodes particulières et techniques et des services auxiliaires que peuvent obtenir les personnes désireuses de les substituer

COMITÉ SPÉCIAL

aux services médicaux réguliers, selon que le Lieutenant-gouverneur en conseil le juge approprié.

“Que l'article 10, paragraphe (3) de l'avant projet de loi sur l'assurance-santé soit modifié par l'insertion, après le mot 'prescrit', à la troisième ligne dudit paragraphe, des mots 'par le Lieutenant-gouverneur en conseil'.

“Que l'article 2 (1), alinéa (e), de l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé soit modifié en ajoutant après le mot 'Commission', les mots 'sauf lorsque les dispositions de la présente loi autorisent expressément le Lieutenant-gouverneur en conseil à édicter des perscriptions'.”

Après délibérations, l'étude ultérieure de la motion est remise à la prochaine séance.

Sur proposition de M. Lockhart, le Comité s'ajourne à 1 h. 5 de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE,

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 26 avril 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à onze heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Le PRÉSIDENT: Messieurs, avec votre permission, je voudrais verser deux lettres au compte rendu. L'une, qui vient du Dr Charlotte Whitton, élucide certaines énonciations faites devant le Comité; l'autre, qui émane du Dr Routley, secrétaire de la *Canadian Medical Association* donne les plus récentes statistiques concernant les effectifs de l'Association. Désirez-vous que ces deux lettres figurent au compte rendu?

(Adopté)

236C, Rideau Terrace, Ottawa, Ontario,

Le 30 mars 1944.

A l'hon. CYRUS MACMILLAN,
Président du Comité spécial de la sécurité sociale,
Chambre des communes,
Ottawa.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

A la séance du Comité tenue le 30 mars, le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique au ministère des Pensions et de la Santé nationale, a contesté l'exactitude de certaines statistiques parues dans "Memo for Canada", le premier chapitre du rapport intitulé "The Dawn of an Ampler Life", que je prépare pour le compte de M. John Bracken.

Il y a contestation sur le chiffre de \$3,142 auquel j'établis le revenu moyen des praticiens de la médecine au Canada. D'après le Dr Heagerty, ce chiffre est erroné; cependant il se trouve à la page 482, chapitre VII, et de nouveau à la page 483, tableau 17, du rapport du comité que présidait le Dr Heagerty, rapport auquel il a donné son nom. A la page 482, ce chiffre représente la moyenne du revenu net et il est cité en regard d'un revenu net de \$2,032 pour les dentistes et de \$1,009 pour les gardes-malades. Le chiffre de \$5,237 dont parle le Dr Heagerty est la moyenne du revenu brut avant d'opérer les déductions appropriées. Plusieurs de ces déductions se rapportent à des items qui ne prévoient ni le plan Heagerty ni aucun autre plan de services d'hygiène financés par l'Etat.

Je sollicite le privilège de mettre au point, à la prochaine séance du Comité et dans son compte rendu, les énonciations du Dr Heagerty. Celui-ci, comme fonctionnaire civil, peut comparaître devant le Comité et y faire des déclarations, tandis que, simple citoyenne, je dois m'y adresser de la présente manière indirecte.

Vu la grande publicité faite autour de la déclaration du Dr Heagerty, je transmets une copie de cette lettre aux journaux.

Espérant que vous accueillerez avec votre bienveillance coutumière cette demande que j'estime raisonnable, je demeure

Votre bien dévouée,

(Signé) CHARLOTTE WHITTON.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

184, rue College, Toronto 2B,
Le 24 avril 1944.

A l'honorable CYRUS MACMILLAN,
Président du Comité spécial de la sécurité sociale,
Ottawa, Canada.
Cher docteur MACMILLAN,

Le compte rendu imprimé des séances du Comité de la sécurité sociale démontre que le Comité désire avoir des renseignements exacts sur l'effectif de la Canadian Medical Association. A cette fin, permettez-moi de vous citer les statistiques ci-après:

Total des médecins inscrits au Canada.....	12,235
Médecins à la retraite.....	615
Médecins exerçant leur profession.....	11,620
En service à l'armée.....	3,579
Médecins civils exerçant leur profession.....	8,041
Membres de la C.M.A. (sauf les médecins militaires)...	5,597
Soit 69.6 p. 100 du nombre des médecins exerçant leur profession au Canada.	

Compte tenu des 3,579 médecins servant dans l'armée, le total de nos 9,176 membres représente 80 p. 100 des médecins canadiens exerçant leur profession.

Bien à vous,

Le secrétaire général,

(Signé) T. C. ROUTLEY.

Il y a aussi un mémoire du Congrès canadien du travail, dont un exemplaire vous a été remis. Désirez-vous qu'il soit versé au compte rendu comme appendice?

(Le mémoire est publié en Appendice "A" au présent fascicule.)

J'ai également un autre mémoire communiqué par la *Canadian Association of Social Workers*. Comme il est assez bref, avec votre permission, je le ferai insérer au compte rendu.

(Adopté.)

(Le mémoire est publié en Appendice "B" au présent fascicule.)

A la dernière séance, nous avons fait insérer au compte rendu un mémoire présenté par l'association de la *Christian Science*. Il figure au fascicule qui vous a été distribué. A cet égard, il s'agit d'après moi d'une question qui concerne les provinces et qui devrait en conséquence leur être déferée. Désirez-vous la débattre?

M. BRUCE: Nous devrions débattre la question d'abord, pour en finir avec le document qui nous a été présenté. Quand nous aurons atteint une décision, nous la communiquerons aux provinces, comme nous l'avons fait jusqu'ici.

Le PRÉSIDENT: Quel est votre avis, messieurs?

M. SLAGHT: Il conviendrait de débattre la question maintenant. Le président a laissé entendre, à la dernière séance, que le point serait étudié aujourd'hui.

Le PRÉSIDENT: Il est présentement à l'étude.

M. SLAGHT: Je croyais que vous demandiez aux membres du Comité s'ils étaient d'avis de renvoyer la question à d'autres autorités ou de la débattre ici.

Le PRÉSIDENT: Désirez-vous discuter la question avant de la déférer aux provinces?

M. SLAGHT: Oui, très brièvement.

Le PRÉSIDENT: Quelques membres voudront peut-être poser certaines questions au Dr Fulton, ici présent. Il sera en mesure d'y répondre.

M. DONNELLY: Ces questions auront sans doute pour but d'obtenir des renseignements du Dr Fulton.

Le PRÉSIDENT: Voici: devons-nous nous renseigner sur une question qui relève de la juridiction provinciale?

M. DONNELLY: Cette question relève et a toujours relevé de la juridiction provinciale; mais, à mon sens, il y a aucun inconvénient à entendre le Dr Fulton et obtenir les renseignements qu'il peut fournir.

Le PRÉSIDENT: Si je comprends bien, le Comité tient à étudier le mémoire en interrogeant le témoin, mais très brièvement, comme le suggère M. Slaght.

(Adopté.)

M. BRUCE: Monsieur le président, je n'ai pas eu le privilège d'assister à la séance du 1er juin 1943, lorsque M. Fulton a plaidé la cause des *Christian Scientists* du Canada. Ce n'est qu'hier que j'ai pris connaissance du texte. En le lisant, quelques détails m'ont paru nécessiter une mise au point. A la page 470, témoignages du 1er juin 1943, M. Hansell qui comparaisait devant le Comité, non comme membre du groupe mais à la place d'un membre du groupe qui ne pouvait être présent, disait ceci:

Voici ce que je voudrais demander au témoin: j'ai une certaine connaissance de la philosophie de la *Christian Science*; peut-être juste assez pour m'en faire une idée confuse...

Il me semble que la plupart des gens sont dans la même situation, et en particulier, les profanes qui font partie du présent Comité. Je pense bien que nos collègues médecins ont une opinion précise sur l'art de guérir pratiqué par la *Christian Science*. Je reviendrai plus tard sur une énonciation de M. Hansell. D'un autre côté, mieux vaut peut-être en parler tout de suite. A la page 471, M. Hansell signale le cas d'un enfant qui avait succombé à la diphtérie et qui avait été sous les soins d'un praticien de la *Christian Science*, et il ajoutait: "Sans doute m'objectera-t-on que l'enfant serait peut-être mort quand même, mais il résulta en l'occurrence que l'on avait conseillé à la maman de ne pas appeler le médecin. Elle suivit le conseil et se garda de l'appeler. En conséquence, l'enfant mourut. Quand elle se rendit compte que la vie de son enfant aurait pu être sauvée si elle avait appelé le médecin, la pauvre femme perdit la tête et dut être enfermée dans un asile d'aliénés". M. Eckman qui, à cette occasion, témoignait pour la *Christian Science* a répondu comme suit à une question qui lui était posée à cet égard:

Un enfant n'est pas en mesure de collaborer avec personne. Comme vous le dites, l'enfant ne collabore pas avec le praticien de la *Christian Science*, mais il ne collabore pas non plus avec le médecin. C'est aux parents à prendre l'initiative. Ce sont eux qui appellent le médecin. Le médecin applique alors le remède, chimique ou autre, à l'enfant. Dans le cas de la *Christian Science* les parents communiquent avec le visiteur et le visiteur applique le traitement qu'ils peuvent se permettre. Les cas sont identiques.

Et le témoin de poursuivre sa déposition en revenant sur le cas déjà cité d'un enfant qui avait la tête et les épaules rejetées en arrière, et ainsi de suite, ce qui n'avait guère de rapport avec le cas dont je parle. Mais c'est réellement le propre des adeptes de cette confession de tourner autour de la question, et je pense pouvoir le prouver plus tard. La question de M. Hansell est restée

sans réponse. Si l'enfant avait été confié à un médecin et avait été traité au sérum antidiphthérique approprié, il serait probablement revenu à la santé.

M. WOOD: Je vois que vous dites "probablement".

M. BRUCE: Je dis "probablement" car tout dépend du moment où le médecin aurait été appelé. S'il avait été appelé dès les premiers symptômes d'infection de la gorge, la guérison de l'enfant aurait été assurée. Quand on attend pour faire venir le médecin que la membrane se soit formée dans le larynx et que l'asphyxie ait commencé son œuvre, il est trop tard pour que l'intervention humaine, et même l'intervention divine, je le crains, soit efficace.

Maintenant, voyons ce que les *Christian Scientists* demandent au Comité. Vous le trouverez à la page 173 du compte rendu de notre séance du 20 avril. Je tiens à vous lire quelques-unes des énonciations car elles sont intéressantes et même révélatrices: "Pour protéger la jouissance ou l'exercice de la liberté religieuse..." Le point que je veux signaler se trouve plus loin lorsqu'il est dit: "...toute personne autorisée pourra, en son nom ou en celui de ses enfants ou de tout adulte à sa charge, après la délivrance d'un tel certificat, subir un diagnostic médical et, si la maladie est établie, suivre le traitement donné, conformément à la pratique traditionnelle de la *Christian Science Church*, par un praticien de cette Eglise dont le nom est consacré officiellement dans le *Journal...*", selon ce que cela signifie, "...que ladite personne aura choisi..." "...à la place du traitement médical prévu au présent article...", et ainsi de suite.

Voici où je veux en venir, messieurs. Revenons un moment au cas signalé tout à l'heure. Supposons qu'un médecin soit appelé et diagnostique un cas de diphthérie chez l'enfant de père et mère appartenant à la *Christian Science*, et qu'il soit prié de céder la place au guérisseur de cette Eglise. Or, selon le mémoire, la responsabilité du médecin cesse là. Je soutiens que le médecin est toujours responsable s'il sait que le malade souffre d'une affection susceptible d'être guérie par un remède spécifique et que le malade succombera si ce remède n'est pas utilisé. A mon sens, le médecin qui remet ainsi un malade entre les mains d'un *Christian Scientist* est coupable de négligence criminelle et de complicité au crime. Voilà la situation telle que je la comprends, messieurs.

M. LOCKHART: La loi l'oblige-t-il à signaler tous les cas immédiatement?

M. BRUCE: Le médecin? Oui.

M. SLAGHT: Notre droit pénal prévoit des sanctions pour la négligence à obtenir les soins médicaux quand le fait de les obtenir pourrait sauver une vie humaine. C'est pourquoi je trouve fort étrange le cas cité par M. Hansell, —malheureusement, il n'est pas ici. Ce n'est guère admissible; il faudrait prouver qu'il y a eu enquête. M. Hansell disait qu'il en avait été informé. Il ne s'agit en somme que de oui-dire.

M. BRUCE: Dois-je comprendre que vous doutez du cas cité par M. Hansell?

M. SLAGHT: Oui et je vous le démontrerai d'après les termes dans lesquels il l'a exposé. Le droit pénal prévoit les cas semblables à celui que M. Hansell a cité. La personne qui a déconseillé la visite du médecin aurait pu être traduite en justice.

M. BRUCE: Monsieur le président, j'avais l'intention de soulever ce point, ce que je ferai dans quelques instants. M. Slaght voudra peut-être attendre que j'aie élucidé la question.

M. McIVOR: Discutons-nous la doctrine de la *Christian Science* ou tout juste l'amendement?

Le PRÉSIDENT: Nous discutons l'entier mémoire. Avant d'y procéder, permettez-moi de vous signaler ceci: consultez l'Appendice "A", à la page 169 et vous verrez qu'au début de leur mémoire les *Christian Scientists* demandent d'être protégés contre l'acceptation obligatoire des prestations prévues à l'article III de la Loi sur l'assurance-santé; ils demandent aussi que les traitements de

la *Christian Science* soient, pour les adeptes de cette dénomination, comprises dans les prestations prévues par la Loi. Dans une lettre qu'il nous écrit, le Dr Fulton formule deux demandes: (1) que les *Christian Scientists* ne soient pas tenus de se soumettre aux traitements médicaux ou chirurgicaux autorisés par la Loi; (2) que dès qu'un diagnostic a déterminé la nécessité du traitement et son coût approximatif, les *Christian Scientists* dûment accrédités puissent bénéficier de ce traitement et l'acquitter à même la caisse à laquelle ils ont contribué:—en un mot, que le traitement de la *Christian Science* devienne, après diagnostic, une des prestations prévues par la Loi.

Je tiens à faire observer que nous n'avons pas ici à faire la comparaison entre le traitement administré par les praticiens de la *Christian Science* et celui qu'appliquent les médecins, pas plus que nous n'avons à faire la comparaison entre les méthodes adoptées par tel ou tel médecin. Ensuite, les questions comme celle que le Dr Bruce vient de soulever devraient être prises en considération à huis clos, concurremment avec l'étude du bill. Il ne convient pas, ce me semble, de faire de la publicité aux opinions que nous pouvons entretenir.

M. DONNELLY: A mon avis, monsieur le président, cette question ne regarde que les provinces.

Le PRÉSIDENT: Je l'ai déjà dit.

M. DONNELLY: A l'heure actuelle, quelques provinces délivrent des permis aux guérisseurs de la *Christian Science*, d'autres n'en délivrent pas; cela les regarde seules. L'entier programme relève des provinces puisque la santé du peuple est une responsabilité qui leur incombe. Nous nous contenterons de les subventionner pour les aider à s'acquitter de leur responsabilité; nous ne pourrons donc leur dicter quoi que ce soit à ce sujet. C'est aux provinces qu'il appartient, en définitive, de décider si elles accorderont ou refuseront aux *Christian Scientists* l'autorisation de pratiquer leur art; il en va de même pour les chiropraticiens et autres guérisseurs sans médicaments. A mon sens, nous perdons notre temps.

M. WRIGHT: Je partage les vues du président. Cette question relève exclusivement des provinces et il me semble que nous perdons notre temps à la discuter puisque chaque Législature devra la débattre.

L'hon. M. MACKENZIE: M. Wright a raison. Je me souviens que lors de l'étude du bill d'assurance-chômage, nous avons d'abord entendu les témoignages pertinents, puis étudié à huis clos les clauses litigieuses du bill, pour ensuite faire rapport du projet de loi à la Chambre. C'est là, ce me semble, le bon moyen de procéder si nous devons entendre d'autres témoignages relatifs aux *Christian Scientists*. Mais il ne convient pas de débattre le bien ou le mal-fondé du point soulevé; nous ne pourrons jamais avancer dans l'étude du bill. Quelles que soient nos opinions, la question est d'ordre constitutionnel et je crois qu'il vaudrait mieux nous attaquer à la tâche qui nous a été assignée.

M. JOHNSTON: Ne serait-il pas préférable de disposer des deux points dont le président a parlé? A mon avis, le Dr Bruce a soulevé une question controversable qui peut prêter à confusion.

Le PRÉSIDENT: Il vaut mieux étudier cela à huis clos, autrement la discussion deviendra générale.

M. DONNELLY: Je ne crois pas que nous puissions atteindre une décision dans un sens ou dans l'autre.

M. McIVOR: J'ai élevé la voix car je veux me montrer impartial. J'assistais à la séance où la question a déjà été soulevée et j'ai été d'avis que les parties opposées avaient présenté d'excellents arguments. Pourquoi reprendre tout le débat? Le cas cité est sans doute flagrant mais on ne peut s'en servir pour généraliser en ce qui concerne les praticiens de la *Christian Science*.

M. WOOD: M. Donnelly avait raison en ce qui concerne l'application du plan par les provinces. D'autre part, le projet fédéral impose des conditions

que les provinces doivent observer. En toute justice pour ceux qui entretiennent certaines convictions religieuses, la Loi devrait contenir quelque disposition donnant aux provinces l'assurance que toutes les convictions religieuses seront respectées. Nous constituons le gouvernement du Canada tout entier; nous constituons même le gouvernement des provinces. Je n'ai pas compétence en matière juridique et j'ignore comment ce que je propose pourrait être réalisé, mais, pour ma part, j'ai des convictions religieuses dont celle qui veut qu'il y ait, autant que possible, séparation entre la religion et l'état. Je crois que la religion n'a jamais bénéficié d'une plus grande expansion que lorsqu'elle a été absolument indépendante de l'état. Selon moi, voilà tout ce que réclame la philosophie de la *Christian Science*, si je puis l'appeler ainsi. J'ignore comment cela pourrait se réaliser, mais si nous en laissons l'initiative aux provinces, chacune accordera des exemptions d'un genre différent.

M. DONNELLY: C'est ce qui existe maintenant. Certaines provinces autorisent les praticiens sans médicaments à exercer leur art; d'autres refusent cette autorisation.

M. WOOD: Il n'est pas tenu compte des valeurs spirituelles. Après tout, ces valeurs comptent dans la vie. Nous ne pouvons les mettre de côté.

M. DONNELLY: Les provinces sont responsables de la santé de leurs administrés et nous nous contentons de leur offrir de l'aide. Il n'est réellement pas question d'autre chose.

M. WOOD: D'autres conditions découlent de celles que nous imposons déjà. Pour ma part, je suis presque prêt à dire que les valeurs spirituelles contribuent autant à la santé et au bonheur que les valeurs matérielles ou médicales. Nous ne devrions pas, à mon avis, rejeter les valeurs spirituelles dans l'oubli.

Le PRÉSIDENT: Si vous me le permettez, je ferai observer que le Dr Fulton est à notre disposition. Nous pourrions lui demander de nous dire brièvement et clairement en quoi il s'oppose au projet de loi, de nous exposer ce qu'il veut au juste; nous pourrions ensuite discuter ses objections à huis clos.

M. LOCKHART: En ce cas, si les ostéopathes voulaient comparaître devant le Comité, cela serait-il possible?

Le PRÉSIDENT: Je le crois.

M. LOCKHART: A ce qu'on m'informe, il se pourrait qu'ils formulent d'autres représentations. Ils croyaient avoir présenté un mémoire complet. Si nous rouvrons la discussion, est-il entendu qu'ils auront l'occasion de communiquer d'autres mémoires relatifs aux délibérations du Comité? Je tiens à faire élucider ce point.

Le PRÉSIDENT: Si quelque membre du Comité désire de plus amples renseignements, nous pourrions en décider à huis clos et convoquer des témoins.

M. LOCKHART: Il ne s'agit pas de faire assigner des témoins par les membres du Comité. Il s'agit de savoir si nous poserons comme principe d'entendre ce témoignage et de refuser tous les autres.

Le PRÉSIDENT: Nous ne posons pas de principe. J'ai fait observer que le Dr Fulton est ici. Si quelque membre du Comité désire lui poser des questions, il est ici pour y répondre.

M. LOCKHART: Si le Comité adopte ce principe, très bien; mais qu'il soit bien entendu que d'autres groupes pourront venir et formuler leurs représentations, si le Comité en décide ainsi, et que le Comité discutera le bien-fondé de chaque cas.

M. SLAGHT: Monsieur le président, puis-je prendre la parole avant que M. Fulton soit appelé? On a laissé entendre que la question n'est pas de notre ressort, qu'elle concerne exclusivement les provinces. Je ferai respectueusement observer que c'est là une conception erronée. Six provinces ont déjà reconnu la *Christian Science*. La Colombie-Britannique et l'Ontario ont accordé à ses

adeptes toutes les exemptions réclamées ici en premier lieu. M. Fulton a comparu comme témoin l'an dernier, et les *Christian Scientists* ont de nouveau présenté un mémoire cette année. Quelques-uns de nos collègues n'ont probablement pas eu le temps de le lire. Les *Christian Scientists* ont changé d'attitude depuis l'an dernier. A cette époque, ils demandaient d'être entièrement exonérés de la cotisation prévue au bill fédéral, mais lors d'entretiens avec le Dr Heagerty,—ce que celui-ci confirmera sans doute—et peut-être avec d'autres représentants du ministère, on leur a fait observer que cette mesure serait malavisée; ils furent donc priés de modifier leur requête, ce qu'ils firent à contre-cœur.

Ceux qui ont le mémoire par devers eux y trouveront un projet d'article qui diffère totalement d'une exemption. Le texte figure en page 11 du mémoire déposé il y a deux ou trois semaines et distribué aux membres du Comité. Afin de ne pas nous attarder inutilement à cette question de l'exemption, permettez-moi de donner simplement lecture de ce à quoi se résument les propositions modifiées. Je crois que le projet d'article a été soumis au ministère de la Justice, d'où, ce me semble, garantie à l'égard des questions dont le Comité se préoccupe en songeant à la concession d'une exemption intégrale. Le passage que je vais lire est une clause à insérer dans le projet de loi:

Pour protéger la jouissance ou l'exercice de la liberté religieuse, il est prescrit que rien dans la présente Loi ne sera interprété et aucun règlement établi pour obliger une personne accréditée et/ou la totalité ou une partie de ses enfants et autres personnes à sa charge en faveur desquelles une demande d'exemption est présentée (accompagnée d'un certificat attestant son et/ou leur affiliation ou adhésion à la *Christian Science Church*, signé par le Comité provincial des publications de la *Christian Science* dans la province d'origine), à consentir ou à se soumettre à des soins ou traitements physiques, médicaux ou chirurgicaux contraires à ses ou à leurs convictions religieuses; toute personne autorisée pourra, en son nom ou en celui de ses enfants ou de tout adulte à sa charge, après la délivrance d'un tel certificat, subir un diagnostic médical et, si la maladie est établie, suivre le traitement donné, conformément à la pratique traditionnelle de la *Christian Science Church*, par un praticien de cette Eglise dont le nom est consacré officiellement dans le Journal, et que ladite personne aura choisi; elle pourra suivre ce traitement à la place du traitement médical prévu au présent article, et le praticien sera rémunéré d'après le tarif d'honoraires qui prévaut pour les médecins-praticiens dans le même cas; mais non pas de manière à affecter son obligation d'observer les lois et les règlements relatifs à l'hygiène, aux maladies infectieuses et contagieuses, et à la quarantaine.

En résumé, celui qui voudrait recourir au traitement de la *Christian Science* devrait d'abord s'adresser à un médecin. A mon sens, les *Christian Scientists* font là une concession bien imprudente. Ils devraient être soustraits à l'application de la Loi pour des raisons dont je ne vous infligerai pas l'énumération. Il me semble que la proposition est éminemment équitable et il ne nous appartient pas de dire que leur assujettissement à la loi ou leur sauvegarde contre ses dispositions par l'insertion d'une clause de ce genre relève entièrement des provinces. Nous étudions un projet de loi fédérale, ne l'oublions pas. Comme toutes les autres, cette mesure devra être votée, et les provinces devront en disposer à leur tour. Nous pourrions, ce me semble, tenir compte des recommandations qui préconisent une exemption mitigée. Il est facile de ridiculiser l'art de guérir pratiqué par la *Christian Science*, mais cet art se justifie par des textes de la Bible. Ceux d'entre vous qui sont au fait des enseignements du Christ se rappelleront l'épître de saint Jacques, chapitre V, versets 14 à 16:

14. Quelqu'un parmi vous est-il malade; qu'il appelle les prêtres de l'Eglise, et que ceux-ci prient pour lui, l'oignant d'huile au nom du Seigneur.

15. Et la prière de la foi sauvera le malade, et le Seigneur le soulagera; et s'il a des péchés, ils lui seront remis.

16. Confessez donc vos péchés les uns aux autres, et priez les uns pour les autres, afin que vous soyez sauvés; car la prière persévérante du juste peut beaucoup.

M. LOCKHART: En quelle année, s'il vous plaît?

M. WRIGHT: Il me semble qu'en premier lieu, l'étude du bill appartient expressément au Comité. Les provinces n'ont pas à intervenir. Cela rentre dans nos attributions. Si le bill est adopté, les provinces qui y sont assujetties devront accepter la contribution de \$12. Si c'est le montant fixé, elles devront l'accepter afin de bénéficier de la loi. Les provinces ne peuvent pas refuser de payer ce montant. C'est la loi qui le déterminera et il faudra s'y conformer. Je puis me tromper mais quand la contribution de \$12 sera décidée, les provinces devront l'agréer. Comment l'acquitteront-elles, cela les regarde. Nous pouvons peut-être leur permettre d'en acquitter la moitié à même l'impôt général et percevoir de chaque individu une contribution pour l'autre moitié, soit \$6. Elles peuvent en décider ainsi si nous le permettons, mais la décision première appartient au Comité.

Le PRÉSIDENT: Nous entendrons M. Fulton.

M. James W. FULTON est appelé.

Le PRÉSIDENT: Vous avez la parole, Monsieur Fulton.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, messieurs, j'apprécie l'intérêt que le Comité manifeste envers la question en la discutant ainsi au long. Si vous voulez m'accorder quelques minutes, je pourrai exposer les faits dans leur ordre et peut-être répondre d'avance à certaines questions.

Lors de la présentation de notre mémoire, au mois de juin de l'an dernier, nous demandions que les *Christian Scientists* soient soustraits à l'obligation d'accepter les prestations, et partant, à celle de payer la contribution. En janvier, M. Southam et moi-même avions le privilège de converser avec le Dr Heagerty et le Dr Wodehouse. A cette occasion, ces messieurs nous ont demandé de ne pas insister sur l'exemption du paiement car, ainsi que le Dr Heagerty le disait, 2,000 manufacturiers s'autoriseraient du précédent pour réclamer aussi une exemption, ce qui amoindrirait les ressources financières. Nous avons donc convenu de payer la contribution, tout en insistant sur l'inclusion dans le bill d'une clause nous soustrayant spécifiquement à l'acceptation obligatoire des prestations. Ayant admis ce principe, le Dr Heagerty nous a dit qu'il soumettrait la clause au ministère de la Justice. Selon la réponse de M. Varcoe, l'insertion d'une telle clause serait superflue, la loi même n'imposant aucune obligation. Du point de vue technique, cette observation est juste. Je me permettrai maintenant de développer ce point de l'acceptation obligatoire des prestations. Au mois de février, lors d'un entretien avec M. Varcoe, le sous-ministre de la Justice, nous avons fait remarquer que la loi aurait des répercussions très étendues, que les provinces seraient appelées à légiférer en la matière et qu'il n'y avait pas de limite aux règlements susceptibles d'être édictés. Bref, nous avons cité certaines dispositions de la loi et certains passages du résumé paraissant indiquer que, plus tard, il serait difficile de déterminer la mesure dans laquelle il n'y a pas d'obligation. Devant cet aperçu plus général de la question, M. Varcoe admit alors qu'il convenait d'ajouter une clause prescrivant expressément que l'acceptation des prestations médicales n'est aucunement obligatoire. Nous acceptons volontiers une clause qui exempterait expressément les *Christian Scientists* ou qui serait conçue de manière à viser tout le monde. M. Varcoe ne voulait pas que les *Christian Scientists* fussent spécifiquement mentionnés, car

cela aurait pu faire présumer que l'obligation existait pour les autres; mais il consentait à une clause portant exemption générale en ce qui concerne l'acceptation des prestations. Puis il déclara qu'il écrirait au ministère; c'est probablement à cette lettre que le Dr Heagerty faisait allusion. Autrement dit, au cours de la discussion, le Dr Heagerty a convenu de l'insertion de la clause en question, ce à quoi le contentieux, représenté par le sous-ministre de la Justice, a aussi consenti. Je crois que tous les membres du Comité ici présents approuvent tacitement pareille clause, de sorte qu'il ne reste plus qu'à l'insérer dans le bill.

Nous voulions aussi que la loi reconnaisse le traitement de la *Christian Science* comme une prestation. Au mois de juin, nous demandions d'être exemptés des prestations aussi bien que de la contribution. Au mois de janvier, lorsque le Dr Heagerty nous a demandé de consentir à la contribution, nous avons discuté la possibilité de faire admettre le traitement de la *Christian Science* parmi les prestations prévues à la loi. Le Dr Heagerty se rappelle sans doute que nous lui avons proposé que le traitement soit admis comme prestation sur déclaration sous serment du malade et du praticien, énonçant que le traitement était nécessaire et a été donné. De l'avis du Dr Heagerty, cela manquait de précision, avis que nous partagions tacitement. En conséquence, nous avons ensuite proposé d'établir une mesure permettant aux *Christian Scientists* de recourir au traitement de leur religion et mettant le gouvernement à couvert contre toute critique. Avec votre permission, je ferai observer que si les *Christian Scientists* étaient tous fortunés, il leur serait possible de verser au gouvernement leur cotisation pour des services médicaux dont ils ne veulent pas, et d'acquitter les services qu'ils désirent avoir. Malheureusement, dans notre groupe comme dans tous les autres, les revenus varient, de sorte que cela pourrait fort incommoder ceux qui ne peuvent payer deux fois les services de santé dont ils ont besoin. C'est en songeant à cela que j'ai fait au Dr Heagerty la proposition dont il est question.

Notre deuxième proposition voulait que le malade se soumit au diagnostic médical, et cela pour deux raisons toutes deux avantageuses pour le gouvernement et non pour nous-mêmes: premièrement, devant un diagnostic, personne ne pourrait dire qu'un traitement inutile a été administré; deuxièmement, le diagnostic pourrait déterminer approximativement le coût du traitement, comme cela se pratique sous le régime des Lois des accidents du travail. A l'heure actuelle, ces lois classent les accidents par catégories et établissent un coût moyen. Nous proposons la même chose à l'égard du projet à l'étude. En faisant son diagnostic, le médecin établit la nécessité du traitement; ensuite, il détermine le coût approximatif de la maladie ou du traitement. Le Gouvernement est donc à couvert. Personne ne peut prétendre que le traitement était inutile, ni que le coût a été excessif. Nous avons discuté cela avec le Dr Heagerty. Je ne veux pas laisser entendre qu'il s'est rangé à notre avis, mais c'était une question à débattre. La clause qui, selon nous, réalisera nos intentions, et qui figure à la fin de notre mémoire, a été déferée au Dr Heagerty de même qu'au ministre.

Voilà qui couvre les points dont nous voulions traiter. Je tiens de plus à élucider un autre point qui, de fait, se trouverait réglé par l'addition d'une phrase à la clause proposée. N'entretenez aucune inquiétude au sujet des enfants. Selon les articles 241 et 242 du Code criminel, si un père ou une mère néglige de fournir à ses charges de famille les choses nécessaires à la vie,—et selon la jurisprudence, cela comprend les soins médicaux,—cette personne est coupable d'homicide involontaire si cette négligence cause le décès de l'enfant ou compromet irrémédiablement sa santé.

Je représente la *Christian Science* dans l'Ontario depuis bientôt quinze ans, et je puis vous dire que jamais, depuis vingt-cinq ans, un *Christian Scientist* n'a été traduit en justice pour avoir négligé son enfant. Outre le code criminel, il existe des lois provinciales pour la protection et le soutien de l'enfance, de même que des lois pour la répression de la négligence à l'endroit des enfants. Toutes les phases de la protection de l'enfance sont convenablement prévues.

Permettez-moi de vous lire la dernière phrase de la clause que nous avons soumise au Comité. C'est dans le but de vous assurer que les règlements concernant la quarantaine seront strictement observés: "...mais non pas de manière à affecter son obligation d'observer les lois et les règlements relatifs à l'hygiène, aux maladies infectieuses et contagieuses, et à la quarantaine." Je pourrais y ajouter "ainsi que toutes les lois fédérales et provinciales concernant l'enfance". Ce n'est pas le vrai langage juridique, mais cela dit bien ce que nous voulons observer. Ainsi, soyez sûrs que nous n'enfreindrons pas les lois concernant l'enfance.

M. Bruce:

D. Puis-je poser une question au témoin? M. Fulton nous dirait-il comment peuvent être observés les règlements concernant la déclaration des maladies contagieuses quand le guérisseur est incapable de formuler un diagnostic?—R. Nous appelons toujours un médecin.

D. Oh...—R. Et nous donnons à nos praticiens et à nos adeptes instructions d'observer à la lettre les exigences et les prescriptions de la quarantaine.

D. Quand vous êtes appelé au chevet d'un malade, faites-vous immédiatement venir un médecin pour qu'il prononce son diagnostic?—R. Non, à moins qu'il ne s'agisse d'une maladie contagieuse.

D. Comment pouvez-vous déterminer la nature contagieuse de la maladie? Prenez par exemple une laryngite: comment pouvez-vous savoir, sans diagnostic, s'il ne s'agit pas de diphtérie?—R. S'il y a infection, nous pouvons recourir au diagnostic. C'est ce qui se pratique chez moi.

D. Alors, si vous étiez appelé à traiter un mal de gorge, obtiendriez-vous, en tant que praticien, le diagnostic d'un médecin ou continueriez-vous à traiter le cas pendant quelques jours?—R. S'il s'agissait d'une affection bénigne, peut-être continuerais-je à la traiter pendant une couple de jours. Si le cas s'aggravait, je ferais faire les constatations voulues. Le *Christian Scientist* est tenu à la stricte observation des règlements de la quarantaine; il doit donc prendre les devants au lieu d'attendre que la nécessité d'appliquer les règlements soit bien établie. S'il y a le moindre indice que l'affection offre danger de contagion, le diagnostic du médecin est obligatoire.

D. Je ne vois pas comment le praticien de la *Christian Science*, qui est incapable de diagnostiquer la diphtérie, peut savoir, sauf quand la maladie est très avancée, si le cas nécessite l'intervention du médecin.

M. SLAGHT: Dans neuf foyers sur dix, lorsqu'un enfant souffre du mal de gorge, les parents n'appellent personne. L'affection est d'abord traitée à la maison et même dans les familles en état de payer le médecin, on attend que l'état de la gorge soit devenu alarmant pour appeler l'homme de l'art. Pourquoi critiquer le témoin s'il traite les maux de gorge et s'il appelle le médecin quand il juge l'intervention de celui-ci nécessaire?

Le PRÉSIDENT: Le Comité ne peut pas discuter les méthodes de traitement en séance publique. Attendons de siéger à huis clos.

M. Fauteur:

D. Si j'exerce le métier de bûcheron dans une province où la *Christian Science* est reconnue par la Législature, et si je subis un accident, votre praticien sera-t-il rémunéré par la Commission des accidents du travail si je recours à ses services?—R. Pas dans l'Ontario, mais comme en fait mention le compte rendu de la séance du 1er juin, il le serait dans l'Etat de la Californie. La chose est prévue dans l'Etat du Wisconsin, où une loi mentionne la *Christian Science* nominativement. La loi ontarienne des accidents du travail ne l'autorise pas; cette pratique n'existe pas au Canada.

Le PRÉSIDENT: Continuez, monsieur Fulton.

Le TÉMOIN: En ce qui concerne l'exemption du traitement médical obligatoire, je crois vous avoir clairement exposé pourquoi nous voulons que les deux parties de notre clause soient insérées dans la Loi.

Notre autre point a trait aux prestations. La Loi mentionne spécifiquement les prestations médicales, chirurgicales, et le reste, de même que les services auxiliaires susceptibles d'être prescrits, c'est-à-dire susceptibles d'être prescrits par le médecin. Or, le médecin ne prescrira jamais le traitement de la *Christian Science*. De plus, seuls les médecins dûment qualifiés, dans une province, ont le privilège de rendre les services prévus. Ainsi, la Loi impose des restrictions quand elle énumère les prestations et désigne ceux qui les fourniront. Si notre droit au traitement de la *Christian Science*, à titre de prestation, n'est pas prévu au bill-clé,—le vôtre—, il y aura controverse, et peut-être dans toutes les provinces.

J'ai essayé de saisir l'intention du Comité et je suis disposé à faire la concession que voici: vous n'avez pas besoin de rendre notre clause obligatoire pour les provinces; pour permettre à celles qui le désirent d'insérer cette clause dans leur loi, qu'il vous suffise de dire à celles qui veulent prévoir le cas de la *Christian Science*, qu'elles peuvent insérer dans leur loi une clause semblable à celle que nous proposons. Autrement dit, n'imposez pas aux provinces l'obligation d'admettre le traitement de la *Christian Science* comme prestation; informez-les tout simplement qu'en agissant ainsi, elles ne dérogeront pas aux prescriptions du bill-clé ou bill fédéral.

J'ai terminé mon exposé, mais je voudrais revenir sur ce que disait tantôt le Dr Heagerty. Ses paroles ont peut-être dépassé sa pensée, mais il déclarait qu'une province peut, si elle le désire, exercer le privilège de soustraire les *Christian Scientists* à l'acceptation obligatoire des prestations. Cela signifierait donc, à mon avis, que sans l'exemption, les administrés d'une province sont tenus d'accepter les prestations. J'ai terminé mes observations, monsieur le président, mais je demeure à la disposition de ceux qui voudront m'interroger. Je vous remercie de la bienveillante et courtoise attention que vous m'avez accordée.

M. Bruce:

D. Puis-je poser une autre question? Les membres du Comité se demandent en quoi consiste le traitement de la *Christian Science*. M. Fulton nous l'expliquera peut-être?—R. Si le président veut que j'entame un débat d'ordre religieux, je m'exécute volontiers, mais il me semble que ce serait s'écarter du sujet.

Le PRÉSIDENT: Nous ne discuterons pas les méthodes de traitement ici. Réservez cela pour les séances à huis clos.

M. Bruce:

D. Je croyais que nous pouvions obtenir la version du témoin pour la discuter ensuite. Y a-t-il objection à ce qu'il nous donne les détails demandés?—R. Je pourrais vous dire ceci. Le traitement de la *Christian Science* est reconnu par les lois de l'Ontario depuis 1923. Aucun différend n'est jamais survenu entre le ministère ontarien de la Santé et les praticiens de la *Christian Science*. Cette réponse vous suffit-elle?

D. Monsieur le président, ma question reste sans réponse. Nous voulons savoir en quoi consiste le traitement. Si je suis bien renseigné, le guérisseur *Christian Scientist* appelé au chevet d'un malade, reste près de celui-ci en gardant le silence pendant quelques minutes. Je me demande...

M. JOHNSTON: Monsieur le président, je soulève un point d'ordre. Nous abordons, ce me semble, une question des plus controversable. En effet, quelqu'un peut fort bien s'informer de ce que fait le médecin pour son malade, en plus de présenter sa note.

Le PRÉSIDENT: Je suis sûr que parmi les médecins ici présents, il n'y en a pas deux qui s'accordent sur les méthodes de traitement à appliquer.

M. BRUCE: On a beaucoup parlé des traitements par la religion, de l'observance des principes chrétiens et de l'efficacité de la prière. Je tiens à déclarer que comme tout chrétien, je crois à l'efficacité de la prière, mais je me demande si le guérisseur *Christian Scientist* prie lorsqu'il administre le traitement. Celui-ci consiste-t-il en une prière au Très-Haut...

Le PRÉSIDENT: Messieurs, je prononce ce débat contraire au règlement. Nous ne pouvons pas entreprendre la discussion de questions théologiques.

M. MAYHEW: Vous demandez simplement que le praticien de la *Christian Science* se substitue au médecin lorsque le diagnostic a été formulé et que le malade a besoin de soins, dont il acquittera le coût.

Le TÉMOIN: C'est exact. Permettez-moi de développer ce point. Il en serait ainsi dans 95 p. 100 des cas. Si un chirurgien est appelé pour réduire une fracture ou pratiquer une autre opération, seule sa note sera imputable sur la caisse, afin de tenir le gouvernement indemne contre le redoublement des frais. D'après le libellé de notre clause, le traitement de la *Christian Science* est en substitution du traitement médical, et il n'est acquitté par la caisse que dans ce cas-là.

Le PRÉSIDENT: Si j'ai bien compris, vous avez dit que malgré les lois adoptées au sujet du traitement médical, aucun cas de négligence criminelle n'a été signalé en vingt-cinq ans.

Le TÉMOIN: Pas contre notre organisation au Canada.

M. BRUCE: Et aux Etats-Unis?

Le TÉMOIN: Ma foi, vous m'en demandez beaucoup. C'est un peu comme le cas dont vous parliez: je n'ai aucune preuve qu'il s'agisse bien d'un cas confié à la *Christian Science*. S'il en était ainsi et que les faits eussent été exactement représentés, il y aurait négligence flagrante de la part des fonctionnaires chargés d'appliquer la loi.

M. SLAGHT: Depuis vingt-cinq ans, nous avons vu tenter des poursuites pour négligence contre des médecins.

Le PRÉSIDENT: Cette discussion est irrégulière. Je vous remercie, monsieur Fulton.

Le témoin se retire.

M. GUNN: Monsieur le président, comme la discussion paraît tourner autour d'un point de loi, je prends la liberté d'énoncer quelques observations. Je n'ai pas eu l'avantage de voir ni de lire l'opinion du ministère de la Justice, mais je doute fort qu'elle puisse être interprétée comme l'a fait le dernier témoin, à savoir que le ministère de la Justice favorise l'insertion d'un tel article ou d'une telle disposition dans la Loi. Je doute fort qu'il en soit ainsi. Il me semble que le sous-ministre ne s'aventurerait pas aussi loin. A mon avis, il a simplement dit que si le Parlement jugeait, après délibération, utile de prévoir une exemption quelconque, il lui était possible de le faire; la chose n'est pas légalement impossible. Ainsi, on pourrait ajouter à cette Loi n'importe quelle prescription à laquelle les provinces devraient se conformer pour obtenir la subvention. Il n'y a pas de limites à ce que l'imagination peut concevoir. Par exemple, une province pourrait décider que les personnes aux yeux bleus ne seront pas tenues à la contribution; elle en aurait le droit. Elle pourrait prescrire que le cas des enfants illégitimes ne sera pas prévu; cela rentre encore dans ses attributions. Mais il s'agit toujours de principes à poser. Comme je conçois la loi à l'étude, le Dominion tente simplement d'aider les provinces à mettre en œuvre de bons plans d'hygiène. Comme le faisait observer le Dr Heagerty, et comme je l'ai déjà dit moi-même, du moment que les provinces établiront un plan satisfai-

sant un plan sensiblement analogue à celui que contient l'avant-projet de loi, l'autorité fédérale sera satisfaite. Il faut que les plans soient dressés de façon rationnelle.

M. JOHNSTON: Puis-je demander à M. Gunn s'il assistait à l'entretien qui eut lieu entre le sous-ministre et M. Fulton.

M. GUNN: Je n'y assistais pas.

M. JOHNSTON: Vous n'assistiez pas à l'entretien, vous n'avez pas lu l'opinion écrite, et cependant vous tentez de vous substituer au sous-ministre ou au ministre pour interpréter le document.

M. GUNN: Je dis qu'à mon avis, l'interprétation du témoin ne peut être considérée comme exacte.

M. JOHNSTON: Cependant, vous n'assistiez pas à l'entretien et vous n'en avez pas lu le rapport.

M. GUNN: Je fais cette énonciation parce que je suis moi-même avocat et que je sais ce que le ministère de la Justice pourrait penser d'une proposition comme celle-là.

M. JOHNSTON: Vous n'êtes pas liseur de pensées.

M. GUNN: Non. Cependant je me suis beaucoup occupé de la question à l'étude.

M. KINLEY: Le témoin ne s'est-il pas servi des mêmes expressions que M. Gunn? A ce qu'il a déclaré, le sous-ministre n'a-t-il pas dit qu'il s'agissait d'une question de principe?

M. SLAGHT: Puis-je poser une question? Nous avons entendu M. Fulton dire que son organisation consentait à l'adoption d'une loi déclarant formellement aux provinces que tous les *Christian Scientists* doivent payer les \$12 mentionnés. Mais il y a plus: pour les *Christian Scientists* touchant \$2,200 par année, la contribution s'élève à \$74. Or, leur porte-parole accepte cela. Ne pourriez-vous pas rédiger pour le Comité un bill disant en toutes lettres aux provinces qu'elles peuvent, non pas soustraire qui que ce soit au paiement, mais prescrire, quand la *Christian Science* a été reconnue, comme dans l'Ontario, par exemple, que les services du praticien de la *Christian Science* obtenus après diagnostic préalable du médecin soient rétribués à même la caisse, que celui qui accomplit le travail soit rémunéré? Il n'y a pas là d'injustice. Ce n'est pas le médecin qui fait le travail mais bien le praticien. Le contributeur a déjà versé \$75. Serait-il possible de rédiger une disposition donnant aux provinces la faculté d'en agir ainsi? Voilà tout ce que M. Fulton demande pour le moment.

M. GUNN: A mon avis, monsieur le président, les provinces ont déjà cette faculté. Il me semble que ce serait là appeler les pompiers avant le commencement de l'incendie.

M. SLAGHT: Les provinces ont-elles maintenant la faculté d'agir comme je le propose: permettre au *Christian Scientist* qui a versé sa contribution d'appeler son praticien et de le faire rétribuer à même la caisse? Si vous me dites que le bill crée cette situation, et si vous me le prouvez, je serai satisfait. Si vous avez raison et si tel est le cas, prouvez-nous que les provinces peuvent légiférer dans ce sens. Cela ne me paraît pas clair. Si le Comité trouve ma proposition juste, ne pourrions-nous pas avoir un texte de trois ou quatre lignes établissant péremptoirement la chose.

M. GUNN: Je vous répondrai comme ceci: la contribution de \$12, et les suppléments pouvant être versés par les personnes en état de payer plus, mais surtout la contribution de \$12, sont fixés en vue de déterminer le montant total à obtenir des provinces. Ni la présente Loi ni aucune loi que les provinces peuvent adopter ne les empêchent d'exempter telle ou telle catégorie de gens, mais

il leur faudra trouver les moyens de parfaire, dans leur propre contribution, le déficit de \$12 par tête créé par l'exemption ainsi décrétée.

M. SLAGHT: Je ne parlais pas des exemptions. Supposons qu'il n'y en aura pas. Vous nous avez dit qu'une province peut permettre qu'un praticien de la *Christian Science* soit rétribué à même la caisse pour les services qu'il rend. La chose est-elle bien établie? Je ne trouve pas. Si c'est incontestable, très bien; si ça ne l'est pas, élucidiez le point pour le bénéfice du Comité. La solution est équitable.

M. GUNN: A mon avis, tout cela se résume à la substance même du projet. Si une province établit un plan sensiblement analogue à ce que les autorités fédérales estiment une mesure rationnelle d'assurance-santé, cela suffit.

M. SLAGHT: Cela ne suffit pas. Pouvez-vous répondre à la question que je pose? Les provinces peuvent-elles actuellement prescrire qu'un praticien de la *Christian Science*, qui a dispensé ses services moyennant les garanties mentionnées, sera rémunéré à même la caisse tout comme le serait le médecin dispensant les siens dans les mêmes circonstances?

M. GUNN: A mon avis, voilà un point qui relève exclusivement des provinces.

M. SLAGHT: A votre avis, cela relève exclusivement des provinces. Alors, ne compliquons pas les choses en leur laissant ignorer qu'elles ont ce pouvoir. Voilà tout ce que ces messieurs demandent. Ils sont prêts à plaider leur cause devant les provinces. Ne recommandons rien qui puisse empêcher les *Christian Scientists* de faire valoir leurs revendications.

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président, je vous signale l'article 10, en page 15, qui porte le titre "Prestations". M. Watson vient de montrer le passage qui a trait aux "services auxiliaires". Quand M. Fulton a discuté la question avec moi, je lui ai signalé cette expression, qui a une vaste portée. Elle peut comprendre tous les services susceptibles de soulager un malade. "Les prestations mentionnées au paragraphe qui précède comprennent les méthodes particulières et techniques et les services auxiliaires susceptibles d'être prescrits..." L'article ne dit pas prescrit par quelqu'un. Cela signifie prescrit par règlement. Si la province décrète que les prestations ou services dispensés par un *Christian Scientist* seront reconnus et rétribués, l'autorité fédérale a le pouvoir de ratifier cette disposition. Si vous vous reportez à l'article 7, en page 4, (M. Watson a plus que tout autre contribué à la rédaction du présent bill, et il me conseillera probablement), vous y lirez ce qui suit:

Tout accord prévu par l'article trois de la présente loi doit reposer sur un rapport du Ministre portant que les conditions spécifiées dans la présente loi pour la passation de l'accord ont été remplies.

Les accords conclus en vertu de la présente loi sont assujettis à l'approbation du Gouverneur en conseil. Je ne crois pas que cela doive nous causer d'inquiétudes. En somme, comme on l'a fait observer dès le début, les modalités seront déterminées par le Lieutenant-gouverneur en conseil avec l'assentiment du Gouverneur général en conseil. Il semble que l'avant-projet prévoit suffisamment la question.

M. SLAGHT: Permettez-moi de revenir sur l'article 10, paragraphe 3: "Les prestations mentionnées au paragraphe qui précède comprennent les méthodes particulières et techniques et les services auxiliaires susceptibles d'être prescrits..." Certains collègues ont laissé entendre que cela pourrait signifier prescrits par un médecin.

Le Dr HEAGERTY: Cela signifie prescrit par règlement.

M. SLAGHT: Voyez-vous quelque objection à employer les mots "par règlement".

Le Dr HEAGERTY: Vous trouverez la définition du mot "prescrit" à la Deuxième Annexe, page 11: "prescrit" signifie prescrit par règlement de la Commission." Moyennant l'approbation du Lieutenant-gouverneur en conseil, la Commission peut décider d'autoriser un *Christian Scientist* à soigner les malades; elle peut aussi définir les services auxiliaires.

M. JOHNSTON: C'est la Commission qui prescrira ces règlements.

Le Dr HEAGERTY: Ce sera régi par règlement. "Prescrit par la Commission" signifie prescrit par le Lieutenant-gouverneur en conseil.

M. SLAGHT: La Commission sera présidée par un médecin.

M. WATSON: Il faudra que les règlements soient approuvés par le Lieutenant-gouverneur en conseil.

M. SLAGHT: Y aurait-il objection à dire, dans l'article 10 (3): "prescrits par règlements promulgués par le Lieutenant-gouverneur en conseil"?

M. WATSON: Tous les règlements doivent être approuvés par le Lieutenant-gouverneur en conseil.

M. SLAGHT: Le Dr Heagerty a dit que cela signifiait prescrit par la Commission.

Le Dr HEAGERTY: Les règlements doivent être approuvés. Un règlement établi par la Commission constitue un règlement établi par le Lieutenant-Gouverneur en conseil.

M. SLAGHT: Bien entendu, un médecin préside la Commission et il faut d'abord obtenir l'assentiment de celle-ci. Pourquoi ne pas laisser les provinces exercer leur discrétion: si vous dites le "Lieutenant-gouverneur en conseil", cela signifie le conseil des ministres. Voyez-vous quelque inconvénient à ajouter: prescrit par décret du Lieutenant-gouverneur en conseil?

M. WATSON: L'article 40, en page 39, dit ce qui suit: "Tout règlement établi en exécution de la présente loi est sans effet tant qu'il n'est pas approuvé par le Lieutenant-gouverneur en conseil..."

M. SLAGHT: Ce n'est pas là mon point. Avant de s'adresser au Lieutenant-gouverneur, il faut d'abord que la Commission, présidée par un médecin, établisse le règlement. Supprimons cela. C'est la Commission qui réglemente et il faut, en outre, que la Lieutenant-gouverneur en conseil approuve les prescriptions par un arrêté. Je propose que nous supprimions la réglementation par la Commission et que la province, par l'entremise de son conseil des ministres, détermine les services auxiliaires qui devront être rémunérés.

Le PRÉSIDENT: Vous faites une distinction entre la réglementation et l'approbation.

M. JOHNSTON: Que faire si la Commission refuse d'édicter un tel règlement?

M. SLAGHT: Vous avez les mains liées. Le Dr Heagerty a bien voulu nous fournir une interprétation du mot "prescrit" qui figure à la page 11. Mais d'après le bill, la Commission doit être présidée par un médecin, et tant que la réglementation prévue à l'article 2 (e) n'est pas établie, il n'y a pas de recours au Lieutenant-gouverneur en conseil. Je répète que dans les provinces le sort de ces gens est abandonné à un médecin. Si nous voulons donner aux provinces, aux représentants de leurs administrés, c'est-à-dire le conseil des ministres, le droit de veiller à ce que ces gens soient rétribués, faisons-le sans l'intervention d'une commission dirigée par un médecin. Je sais que les médecins ne prendront pas mes paroles en mauvaise part car j'admire leur intégrité et leur compétence; mais la mesure à l'étude pose un principe d'un ordre tout différent.

M. HOWDEN: Je demanderais à M. Gunn s'il serait possible ou si nous ferions bien d'éviter cet écueil. Je me trompe peut-être, mais, à mon avis, si nous insérons dans le bill fédéral une disposition portant que les services des praticiens de la *Christian Science* seront rémunérés à titre de prestation, nous

créons un précédent en faveur de tous les praticiens irréguliers qui exercent dans le domaine de la médecine. Si nous n'avons pas à assumer cette responsabilité, pourquoi nous en charger? Si la question relève des autorités provinciales, pourquoi ne pas les laisser exercer leur discrétion.

LE PRÉSIDENT: Cette responsabilité ne nous incombe pas.

M. GUNN: Je ne crois pas qu'il y ait lieu de répondre. A mon avis, le membre du Comité qui vient de parler a raison. Il ne paraît y avoir aucune obligation pour le Dominion de s'occuper de ces questions qui appartiennent à la fois aux domaines religieux, éducatif et métaphysique.

M. MAYBANK: Nous ne procédons pas de la bonne manière pour modifier une loi. Il s'agit ici de déterminer si nous agréons les propositions énoncées par les *Christian Scientists*. Si je comprends bien, ils veulent obtenir l'assurance qu'en ce qui concerne la rétribution de leurs praticiens, en certaines circonstances, les provinces n'auront pas les mains liées. Voilà, ce me semble, tout ce qu'il réclament dans le moment.

M. SLAGHT: M. Fulton dit que vous avez raison.

M. MAYBANK: Pour moi, leurs demandes se résument à cela. Leur proposition aux provinces pourrait se formuler ainsi: "Nous consentons à obtenir le diagnostic du médecin, pour ensuite recourir aux traitements de notre praticien. Quant à la rétribution de ce dernier, nous demandons aux autorités provinciales de la prévoir dans leur loi et dans le mode d'administration qu'elles établiront. Dans les circonstances, nous ne voulons pas que les provinces renvoient la balle sous prétexte que le plan est appliqué en vertu d'une loi fédérale qui n'autorise réellement pas de telles mesures." Ils ne veulent pas se trouver dans une situation comme celle-là. C'est tout ce qu'ils réclament, et, comme première question, nous devons nous demander si nous consentons à donner cette autorisation aux provinces, afin que les praticiens de la *Christian Science*, et peut-être aussi les autres praticiens irréguliers dont le Dr Howden a parlé, sachent à quoi s'en tenir.

Voilà pour le premier point. Si la réponse est affirmative la seconde question qui se pose est celle-ci: la loi est-elle explicite sur ce point? Si elle ne l'est pas, rendons-la explicite. Je suis persuadé que la loi peut être rédigée de façon à élucider la question; il est possible de prévoir sans ambiguïté tout ce que nous voulons régler par des accords avec l'autorité provinciale.

M. GUNN: Si la loi n'est pas explicite, et du moment que nous n'empiétons pas sur les prérogatives provinciales ni que nous n'insistons sur le fait de négliger certains groupes, j'admets qu'il est possible de rédiger une clause élucidant le point.

M. SLAGHT: C'est raisonnable.

M. MAYBANK: Mais, devrions-nous en agir ainsi?

LE PRÉSIDENT: Nous pourrions nous prononcer seulement quand M. Gunn aura rédigé sa clause et nous l'aura présentée.

M. SLAGHT: M. Gunn pourrait rédiger une clause dans le sens indiqué et nous la soumettre à la prochaine séance.

M. MAYBANK: Cela me va, mais il me semble que nous devrions décider dès maintenant si oui ou non cette discrétion sera laissée aux provinces.

Le Dr HEAGERTHY: Les provinces l'ont déjà. Nous ne pouvons, à mon avis, la leur accorder. On a dit qu'un médecin présidera la commission et, en ce qui concerne l'exécution de l'article en cause, c'est là le seul point qui ait soulevé les critiques de M. Slaght. Dans la Commission, le président ne compte que pour un. Le texte de l'article est clair; nous ne voulons pas le modifier de façon qu'il vise tout individu pouvant avoir un traitement quelconque à dispenser. Je puis dire que l'insertion d'une clause exemptant les *Christian Scientists* a fait l'objet d'une étude attentive. La question a été posée par écrit à chaque

membre du Comité consultatif, et chacun a répondu par écrit que ni les *Christian Scientists* ni personne d'autre ne devaient être exemptés. Comme les *Christian Scientists* ne sont pas obligés d'accepter les prestations, il n'était pas nécessaire de leur reconnaître de privilège. Ils ont déclaré consentir au paiement de la contribution et accepter les prestations de leur choix. Ils accepteront le diagnostic médical et certaines prestations telles que la chirurgie, l'obstétrique. Ils veulent faire comme un petit garçon arrêté devant un magasin de bonbons une confiserie et dire: nous choisissons ceci, ceci et cela; adoptez maintenant une loi à cet effet. C'est déplorable car si nous agréons leur demande, nombre de personnes prétendant soigner les maladies voudront profiter du précédent ainsi créé. Ils sont légion ces praticiens irréguliers et ces guérisseurs de catégories diverses. Ils prétendent soigner les maladies, mais ils ne connaissent pas l'anatomie; ils ignorent tout de la maladie. Nombre de médecins savent que par leur ignorance ces praticiens ont causé la mort de leurs clients; ils sont coupables de meurtre par ignorance. Voilà pourquoi le Dr Bruce a posé des questions si précises à M. Fulton. Il a à cœur le bien-être et l'intérêt publics.

M. SLAGHT: Prétendez-vous que les autres ne s'en soucient pas?

Le Dr HEAGERTY: Je dis que le Dr Bruce a plus de connaissances en la matière que les profanes ici présents. Je prétends que les médecins qui assistent à la présente séance s'intéressent plus à la question vu leurs connaissances spécialisées. Ce sont eux qui luttent contre la maladie et la mort. Il y a un an, j'étais appelé auprès d'une voisine traitée par un praticien irrégulier. Elle souffrait de cancer et suivait des traitements contre l'embonpoint. Cette femme est maintenant décédée.

M. MAYBANK: Je soulève un point d'ordre.

Le PRÉSIDENT: Quel est-il?

M. MAYBANK: Le Dr Heagerty traite d'un principe étranger à la question à l'étude. Nous discutons dans le moment si un projet de modification devrait ou non être établi. En second lieu, sauf le respect que je dois au Dr Heagerty, je ne crois pas qu'il doive prendre part à une telle discussion à moins d'être appelé comme témoin. Je trouve déplorable que des fonctionnaires civils entament une controverse de ce genre. La question regarde le Parlement et elle ne se trouvera pas réglée parce que quelques fonctionnaires auront dit ce qu'il faut faire, ce qu'il faut éviter, et ainsi de suite. Je respecte infiniment le Dr Heagerty; il a beaucoup travaillé à la préparation du bill, mais je crains fort que son attitude fasse croire aux députés qu'on leur force la main. Je regretterais de voir cette impression se généraliser, ce que je crains, car je commence moi-même à l'éprouver. Pour ma part, le procédé blesse mes susceptibilités. Il nous faut régler le point de savoir si nous désirons que les provinces aient discrétion à l'égard du point discuté. Nous avons à décider si la loi confère cette discrétion. Dans l'affirmative, nous serons satisfaits, ie le suppose. Mais nous ne devrions pas nous monter la tête au suiet des *Christian Scientists*, ni des chiropraticiens, ni des herboristes, ou que sais-je encore.

M. SLAGHT: Permettez-moi d'élucider.

Le PRÉSIDENT: Personne ne se monte la tête.

M. SLAGHT: Le Dr Heagerty a dit que le Dr Bruce était mû par son dévouement à l'intérêt public. A ce qu'on a laissé entendre, le fait de le louer démontre que les autres ne se soucient pas du bien commun. Je ne pense pas que le Dr Heagerty ait eu cette intention. M. Maybank a ainsi résumé le point: si nous laissons aux provinces le soin de régler la question, le présent bill impose aux provinces, aux gouvernements provinciaux qui représentent le peuple, la nécessité de s'adresser à une commission présidée par un médecin. Il faut absolument en passer par là. Voilà mon point. Déférons

la question aux provinces. Nous sommes tous d'avis, je crois, que les autorités provinciales devraient avoir juridiction en la matière, et il n'est pas question de reconnaître les affreuses gens qui inspirent des craintes au Dr Heagerty. La province d'Ontario a reconnu la *Christian Science* et j'aimerais que le cabinet ontarien eût le droit de prescrire que les praticiens de cette dénomination peuvent être rémunérés.

Le PRÉSIDENT: M. Slaght a proposé, appuyé par M. Fulford, que M. Gunn rédige une clause qui pourra être soumise à l'étude du Comité.

M. SLAGHT: Nous voulons une clause établissant clairement que le Comité désire voir les provinces régler elles-mêmes le cas des praticiens,—point n'est besoin de mentionner la *Christian Science*, contentons-nous de l'expression contenue dans le bill,—le cas, dis-je, des services auxiliaires susceptibles d'être prescrits. Je crois que la clause en question devrait autoriser les modifications apportées par arrêté en conseil. Puis, biffons la définition du mot "prescrit" qui figure dans le bill et qui donne pleins pouvoirs à une commission.

M. GUNN: Je viens de griffonner un projet de clause que je vais vous communiquer afin de constater si j'ai bien saisi ce que le Comité désire. C'est une clause à ajouter au bill fédéral: "Aucune des subventions autorisées par la présente loi ne peut être retenue ou refusée par le Dominion parce qu'une province a, dans ses dispositions statutaires, prévu l'exemption de certaines personnes des contributions et prestations inhérentes à quelque plan d'assurance projeté."

M. SLAGHT: Cela peut aller, mais le recours à une commission présidée par un médecin n'est pas supprimé. Il faudrait que l'article 10 (3) dise que les services auxiliaires peuvent être prescrits par arrêté en conseil; il faudrait aussi changer la définition du mot "prescrit" de façon qu'elle dise "prescrit par le Lieutenant-gouverneur en conseil". Voyez-vous quelque objection à ce qu'en plus de la clause modificative de M. Gunn, nous ajoutions, après le mot "prescrit", les mots "par le Lieutenant-gouverneur en conseil"?

M. GUNN: Il faudra que j'y songe. A mon avis, il y a en jeu plus qu'une simple substitution de mots. Je ne suis pas encore convaincu que les services auxiliaires comprennent tout ce que l'on a dit. Peut-être comportent-ils des choses moins importantes que le droit fondamental de chacun à être relevé de certaines obligations. J'y réfléchirai.

Le PRÉSIDENT: Cette modification vise l'article 10 qui traite des prestations.

M. JOHNSTON: L'expression "prescrit" figure en page 11.

Le PRÉSIDENT: Oui, mais à l'article qui vise les services auxiliaires. Il y aura suffisamment de temps pour la rédaction de cette clause.

M. LOCKHART: Je ne me rappelle pas le nombre des membres de la Commission. Je présume qu'il sera plutôt considérable.

Le Dr HEAGERTY: L'article 19 le spécifie. Un médecin et un hygiéniste en font partie d'office.

M. WRIGHT: Le nombre n'est pas déterminé.

M. LOCKHART: On prévoit qu'il sera considérable. Maintenant, puis-je m'enquérir d'un point, ce que me permettra d'exprimer mes vues en connaissance de cause. La suggestion offerte obvierait à la nécessité de traiter avec la Commission; en ce qui concerne le point soulevé par M. Slaght, il serait alors possible de mettre la Commission de côté dans ce cas particulier. Je voudrais demander à M. Gunn si cela ne signifie pas qu'au moyen d'une modification du bill, nous pourrions prescrire d'autres circonventions permettant de recourir au Lieutenant-gouverneur en conseil sans passer par la Commission.

M. GUNN: C'est l'un des dangers possibles.

M. LOCKHART: D'après la proposition de M. Slaght, la Commission serait mise de côté dans un cas particulier, mais elle garderait ses prérogatives dans les autres domaines. Voilà qui est dangereux.

M. JOHNSTON: Pour moi, la suggestion de M. Slaght ne vise pas exclusivement les *Christian Scientists*; elle peut aussi bien s'appliquer aux chiropraticiens et aux ostéopathes.

M. SLAGHT: Ma suggestion vise les provinces comme entités. S'il leur appartient de décider la question, elles pourraient prescrire que le traitement ostéopathique constitue une méthode particulière et technique, et pour tout dire, un service auxiliaire. Ce sont les termes de la loi. M. Gunn peut se demander si ma proposition couvre tous les cas; pour moi, il me le semble. Il s'agit de décider si nous laissons ou si nous enlevons cette prérogative aux provinces. Or, nous leur enlevons le pouvoir d'approbation pour le conférer à une commission, composée d'un nombre de membres variant avec les provinces, mais toujours présidée par un médecin. Cette délégation de pouvoirs est très imprudente, si nous sommes convaincus que les *Christian Scientists* devraient avoir le privilège de porter leur cause devant les autorités provinciales.

M. WRIGHT: Il me semble que le Comité oublie un point. Les provinces peuvent choisir l'administration par une commission ou confier cette administration à leur ministère de la Santé. La province qui désire garder la haute main sur le mode d'administration peut le faire en vertu du présent bill. Notre projet de loi ne force pas les provinces à confier la réalisation de leur plan de santé à une commission.

M. JOHNSTON: Où voyez-vous cela?

DR HEAGERTY: Article 4 page 3: "...comme mesure pratique satisfaisante d'assurance santé pour la province, et le gouverneur en conseil peut approuver des dispositions statutaires qui seront appliquées par un ministère provincial de la Santé au lieu d'une commission..."

M. SLAGHT: Alors il nous faut modifier d'un côté ou de l'autre, car l'article 19 dit: la présente loi est appliquée par une Commission devant être instituée par le Lieutenant-gouverneur d'une province. Les deux articles ne concordent donc pas. Notez que l'article 19 comporte obligation.

M. WATSON: L'avant-projet de la loi provinciale n'est établi qu'à titre de suggestion. Les provinces décideront si elles veulent d'une commission ou si elles optent pour un autre mode d'administration, et elles légifèrent en conséquence. D'après-moi, la même chose s'applique au cas que nous avons discuté aujourd'hui. Si une province désire exempter expressément les *Christian Scientists* ou quelque autre groupe, ou veut que sa loi s'applique d'une manière spéciale à leur cas, la mesure législative qu'elle adoptera comportera les dispositions voulues, si celles que contient l'avant-projet ne sont pas suffisantes.

M. LOCKHART: Je présume que la conférence projetée sera saisie de ces questions, n'est-ce pas?

Le DR HEAGERTY: M. Slaght a posé une question à M. Gunn et lui a demandé de rédiger une certaine clause. Consentiriez-vous, monsieur Slaght, à ce que cette question soit soumise à l'étude de tous les membres du Comité consultatif? M. Gunn fait une partie de ce Comité.

M. SLAGHT: Mais certainement. Nous voulons connaître toutes vos vues à cet égard. Dans mon opinion personnelle, laissons toute discrétion aux provinces et n'empêchons pas le conseil des ministres de statuer sur un point par arrêté en conseil. Quelque éminente que soit une commission, nous ne connaissons pas ses membres, nous ignorons leur nombre, Si je fais erreur en disant que, de l'avis du Comité, le point ressorti à la juridiction de chaque province, vous vous inscrivez en faux contre ma version. Mais, à mon avis, les provinces devraient avoir le droit de prescrire que les praticiens en cause

seront ou ne seront pas rétribués. Que M. Gunn nous soumette une clause de ce genre; nous nous prononcerons à son sujet et le point sera élucidé,

M. HOWDEN: Si nous adoptons la clause proposée, est-ce que cela ne constituera pas, de notre part, demande ou instructions aux provinces d'adopter la mesure législative, ou encore le renvoi de la question aux autorités fédérales pour qu'elles la décident?

M. SLAGHT: Non, pas du tout. Mais j'irai plus loin: si la Chambre des communes adopte une loi interdisant aux provinces d'exercer leur juridiction sur un point qui en relève expressément, cette loi serait *ultra vires* et les tribunaux la déclareraient de nul effet.

M. HOWDEN: Pourquoi y ajouter la clause en question?

M. SLAGHT: Dans sa forme présente, la loi est ambiguë. Il semble que nous ayons privé les provinces de leur juridiction en la matière. Nous avons prescrit l'établissement d'une commission chargée de faire ce que les provinces ont actuellement le droit d'accomplir en vertu de l'Acte de l'Amérique du Nord. Voilà où le bill est fautif. Je propose que l'article 10 (3) soit modifié: que les prestations mentionnées comprennent les méthodes particulières et techniques et les services auxiliaires susceptibles d'être prescrits par le Lieutenant-gouverneur en conseil d'une province. Puis, pour être logiques, modifions la définition du mot "prescrit" de façon que l'expression signifie prescrit par la Commission, sauf lorsque les dispositions de la présente loi exigent un décret du Lieutenant-gouverneur en conseil. Ces deux modifications dissiperont l'ambiguïté présente.

Le Dr HEAGERTY: Ne vous trouvez-vous pas à partager la responsabilité entre la Commission et le Lieutenant-gouverneur en conseil?

M. SLAGHT: Oui, mais il n'y a plus d'ambiguïté grâce aux deux modifications que je propose. En effet, l'article 10 (3) vise les prestations mentionnées au paragraphe précédent, qui comprendrait les services spéciaux qu'une province pourra définir par arrêté en conseil. Quant à la définition du mot "prescrit", qui est actuellement la suivante: "Prescrit" signifie prescrit par règlement de la Commission", ajoutons-y "sauf lorsque les dispositions de la présente loi exigent un décret du Lieutenant-gouverneur en conseil". Il ne s'agit, toujours, que des prestations prévues à l'article 10.

Le Dr HEAGERTY: Cet article vise toutes les prestations prévues et la manière dont elles seront dispensées. Il faut que la Commission ait le pouvoir de déterminer le mode selon lequel les prestations seront fournies. Elle devra déterminer le mode de rémunération des médecins, des gardes-malades, les heures de travail de celles-ci, et ainsi de suite.

M. SLAGHT: Pourquoi le gouvernement tente-t-il de légiférer pour enlever aux provinces le droit que leur confère l'acte constitutionnel à l'égard de ces questions, et veut-il leur donner instructions d'instituer une commission à qui elles devront déléguer leurs pouvoirs? Je prétends qu'une province pourrait faire déclarer cette loi *ultra vires* par les tribunaux, vu qu'il s'agirait d'un empiètement sur un domaine législatif exclusivement réservé à l'autorité provinciale. A l'heure actuelle, il me semble que nous interdisons aux provinces de décider cette question des prestations, que nous leur ordonnons d'instituer une commission anonyme, au personnel nombreux et présidée par un médecin, et de déléguer à cette commission les pouvoirs que leur confère l'Acte de l'Amérique britannique du Nord. J'aimerais que M. Gunn nous dise, en sa qualité d'avocat, si le Parlement fédéral a vraiment ce droit. Je crois qu'il répondra dans la négative; c'est un empiètement. N'adoptons pas un projet de loi stupide qui dictera aux provinces leur ligne de conduite, qui prescrira l'autorité suprême d'une commission et supprimera les prérogatives des provinces. M. Gunn dit...

Le PRÉSIDENT: M. Gunn dit qu'il veut consacrer un peu de temps à l'étude de la question,

M. WRIGHT: Il me semble qu'il y a double emploi dans l'administration...

Le PRÉSIDENT: M. Gunn dit qu'il veut consacrer un peu de temps à l'étude de la question.

Le PRÉSIDENT: L'étude du bill est au programme de la prochaine séance.

REMOIRE SUR L'AVANT-PROJET DE LA LOI CONCERNANT L'ASSURANCE-SANTÉ, L'HYGIÈNE PUBLIQUE, ETC. PRÉSENTÉ AU COMITÉ SPÉCIAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE LA CHAMBRE DES COMMUNES, LE 31 MARS 1914, PAR LE CONGRÈS CANADIEN DU TRAVAIL.

Monsieur le président, messieurs les membres du Comité,
 Le Congrès canadien du Travail, qui représente quelque 250,000 ouvriers et employés syndiqués, à l'exception d'un grand nombre d'industries diverses, est heureux de l'occasion qui lui est fournie de vous présenter ses vues sur l'avant-projet de la loi de l'assurance-santé et la question des services d'hygiène en santé. L'avant-projet de loi représente de l'avis du Congrès une amélioration marquée sur la version qui vous avait été soumise à la dernière session. Néanmoins, il y a encore place pour de nombreuses améliorations.

Finances
 Tout projet social doit se fonder sur la capacité de paiement. Le financement de ce projet constitue une violation flagrante de ce principe. Le taux de contribution uniforme de \$12 par année est une simple forme de capitation qui fait de la forme d'impôt la plus mauvaise celle en usage, et elle n'a aucun rapport avec la capacité de paiement. Le pourcentage uniforme d'impôt sur le revenu de 3 p. 100 pour les célibataires et de 4 p. 100 pour les personnes mariées, est presque également inadmissible, car les déductions varient de 10 p. 100 maximum de \$30 pour les célibataires et de \$60 pour les personnes mariées. Les deux genres de contribution forment une très lourde charge pour la classe moyenne et n'atteignent presque pas les plus pauvres. Ils constitueront une charge particulièrement lourde pour les gens à faible revenu qui ont des familles nombreuses à leur charge, ceux-là précisément à qui le projet actuel, par son projet d'allocations familiales, se propose d'accroître ses avantages sociales — sans doute parce qu'ils en ont un besoin particulier.

Les inégalités et injustices de ce genre qui résultent du système de taxes actuellement proposé, peuvent être illustrées par quelques exemples:

TABLEAU I

Classe de contribuable	Contribution
Homme marié, revenu de \$200, 4 enfants au-dessus de 16 ans à charge...	48
Femme mariée, revenu de \$1,500, 4 enfants au-dessus de 16 ans à charge...	48
Homme marié, revenu de \$50,000, 4 enfants au-dessus de 16 ans à charge...	48
Femme mariée, revenu de \$20,000, 4 enfants au-dessus de 16 ans à charge...	72

On remarquera qu'un homme marié dont le revenu est de \$200 et qui a quatre enfants au-dessus de 16 ans à sa charge ne paiera que \$2 de moins qu'un homme marié dont le revenu est de \$50,000 et qui n'a aucun enfant au-dessus de 16 ans à sa charge, de même un homme marié dont le revenu est de \$1,500 et qui a quatre enfants au-dessus de 16 ans à sa charge ne paiera que \$24 de moins qu'un homme marié dont le revenu est de \$20,000 et qui n'en a aucun au-dessus de 16 ans.

Le président: M. Guim dit qu'il veut consacrer un peu de temps à l'étude de la question...
 M. Weisner: Il me semble qu'il y a double emploi dans l'administration...
 Le président: M. Guim dit qu'il veut consacrer un peu de temps à l'étude de la question...
 Le président: L'étude du bill est au programme de la prochaine séance.

M. Weisner: Je voudrais savoir si le comité a l'intention de...

Il est évident que le comité a l'intention de...
 L'expression "présent" de l'article 10 (3) est...
 L'expression "présent" de l'article 10 (3) est...

Le Dr. Hawkey: Je voudrais savoir si le comité a l'intention de...

M. Weisner: Oui, mais il n'y a pas d'ambiguïté...
 L'expression "présent" de l'article 10 (3) est...
 L'expression "présent" de l'article 10 (3) est...

Le Dr. Hawkey: Ces articles visent toutes les...
 L'expression "présent" de l'article 10 (3) est...
 L'expression "présent" de l'article 10 (3) est...

M. Weisner: L'expression "présent" de l'article 10 (3) est...
 L'expression "présent" de l'article 10 (3) est...
 L'expression "présent" de l'article 10 (3) est...

M. Guim: Je voudrais savoir si le comité a l'intention de...
 L'expression "présent" de l'article 10 (3) est...
 L'expression "présent" de l'article 10 (3) est...

APPENDICE "A"

MÉMOIRE SUR L'AVANT-PROJET DE LA LOI CONCERNANT L'ASSURANCE-SANTÉ, L'HYGIÈNE PUBLIQUE, ETC., PRÉSENTÉ AU COMITÉ SPÉCIAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE LA CHAMBRE DES COMMUNES, LE 31 MARS 1944, PAR LE CONGRÈS CANADIEN DU TRAVAIL.

Monsieur le président, messieurs les membres du Comité,

Le Congrès canadien du Travail, qui représente quelque 250,000 ouvriers canadiens syndiqués, à l'emploi d'un grand nombre d'industries diverses, est heureux de l'occasion qui lui est fournie de vous présenter ses vues sur l'avant-projet de la loi de l'assurance-santé et la question des services d'hygiène en général. L'avant-projet de loi représente, de l'avis du Congrès, une amélioration marquée sur la version qui vous avait été soumise à la dernière session. Néanmoins, il y a encore place pour de nombreuses améliorations.

1. Finances

Tout projet sensé doit se fonder sur la capacité de paiement. Le financement de ce projet constitue une violation flagrante de ce principe. Le taux de contribution uniforme de \$12 par adulte est une simple forme de capitation, peut-être la forme d'impôt la plus répréhensible au monde, et elle n'a aucun rapport avec la capacité de paiement. Le pourcentage uniforme d'impôt sur le revenu, de 3 p. 100 pour les célibataires et de 5 p. 100 pour les personnes mariées, est presque également condamnable, en considération surtout de la limite maximum de \$30 pour les célibataires et de \$50 pour les personnes mariées. Ces deux genres de contribution seraient une très lourde charge pour la classe à petits revenus et n'atteindraient presque pas les gens aisés. Ils constitueraient une charge particulièrement lourde pour les gens à petits revenus qui ont des familles nombreuses à leur charge: ceux-là précisément à qui le gouvernement, par son projet d'allocations familiales, se propose d'accorder des subventions spéciales,— sans doute parce qu'ils en ont un besoin particulier.

Les inégalités et injustices flagrantes qui résulteraient du système de financement proposé, peuvent être illustrées par quelques exemples:

TABLEAU 1

Genre de contributeur	contribution
Homme marié, revenu de \$500, 4 enfants au-dessus de 16 ans à charge....	\$72
Homme marié, revenu de \$1,500, 4 enfants au-dessus de 16 ans à charge...	87
Homme marié, revenu de \$50,000, 4 enfants au-dessus de 16 ans à charge.	122
Homme marié, revenu de \$50,000, aucun enfant au-dessus de 16 ans à charge..	74

On remarquera qu'un homme marié dont le revenu est de \$500 et qui a quatre enfants au-dessus de 16 ans à sa charge ne paiera que \$2 de moins qu'un homme marié dont le revenu est de \$50,000 et qui n'a aucun enfant au-dessus de 16 ans à sa charge, de même un homme marié dont le revenu est de \$1,500 et qui a quatre enfants au-dessus de 16 ans à sa charge ne paiera que \$35 de moins qu'un homme marié dont le revenu est de \$50,000 et qui soutient quatre enfants au-dessus de 16 ans.

La comparaison des paiements effectués par les célibataires et les personnes mariées sans charge de familles, dans les différentes catégories d'imposition, indique également des inégalités sensibles:

TABLEAU N° 2

Revenu	Le célibataire	Une personne mariée
	paye	paye
\$1,200.....	\$28 20	\$24 00
1,300.....	31 20	29 00
1,400.....	34 20	34 00
1,500.....	37 20	39 00
1,600.....	40 20	44 00
1,660.....	42 00	47 00
1,700.....	42 00	49 00
1,800.....	42 00	54 00
1,900.....	42 00	59 00
2,000.....	42 00	64 00
2,100.....	42 00	69 00
2,200.....	42 00	74 00
Plus \$2,200.....	42 00	74 00

Dans les trois premiers cas, le célibataire paye plus que les personnes mariées, bien qu'en montants dégressifs; dans les trois cas suivants, les personnes mariées payent plus que le célibataire, en montants progressifs; dans le reste des cas, la contribution du célibataire reste stationnaire, tandis que celle des personnes mariées augmente à chaque \$100 de revenu, jusqu'à ce que leur revenu atteigne \$2,200: alors la contribution des personnes mariées demeure stationnaire elle aussi. De \$1,200 à \$1,600, la contribution du célibataire augmente de \$3 par \$100 de revenu, tandis que la contribution des personnes mariées augmente de \$5 par \$100 de revenu; de \$1,600 à \$1,660, la contribution du célibataire augmente de \$1.80, tandis que celle des personnes mariées augmente de \$3; de \$1,700 à \$2,200, la contribution du célibataire demeure stationnaire, tandis que celle des personnes mariées augmente de \$5 par 100 de revenu; de \$2,200 en montant, la contribution demeure stationnaire dans les deux cas, celui des célibataires comme celui des personnes mariées. Le Congrès ne peut pas comprendre en vertu de quel principe d'équité ces deux barèmes ont été établis. Il est vrai que, selon l'avant-projet de loi, lorsqu'une personne peut prouver son incapacité de payer la totalité ou une partie de sa contribution, celle-ci peut être réduite du montant que la Commission provinciale de l'assurance-santé détermine, auquel cas le trésorier provincial doit combler la différence. Mais quoique cela puisse apporter quelque soulagement aux contributeurs les plus pauvres (soulagement dont le degré peut varier d'une province à l'autre suivant que les commissions intéressées sont sévères ou non), cela ne rectifierait nullement les inégalités et les injustices vis-à-vis les autres contributeurs; cela pourrait même entraîner certaines provinces en de graves embarras financiers. Certaines provinces, qui comptent une forte partie de leurs citoyens dans les catégories de gens à revenu peu élevé, pourraient être appelées à assumer une très lourde charge dès le début. Les ressources d'autres provinces dépendent principalement de récoltes ou d'industries particulières. La faillite de ces récoltes, ou une baisse catastrophique des prix, ou encore le chômage prononcé dans les industries en question, pourraient mettre un grand nombre de contributeurs dans l'incapacité totale de faire face à leurs paiements, qui retomberaient alors sur les provinces, c'est-à-dire sur les contribuables provinciaux en général. L'habilité des contribuables à porter le fardeau additionnel serait, à cause même de la faillite des récoltes, de la baisse des prix, ou du chômage prononcée dans les industries de base de la province, incroyablement réduite. Le fait d'essayer de faire face aux paiements de l'assurance-santé pourrait couper les vivres à d'autres services sociaux également nécessaires, ou même, dans certains cas, réduire effectivement le revenu du contribuable à tel point que sa famille et lui-même soient privés de nourri-

ture et de vêtements convenables et d'autres nécessités de la vie. De plus, il est à peine besoin de dire que la capacité financière des différentes provinces varie de façon très prononcée, et qu'un paiement facilement versable par l'une d'elles pourrait imposer un fardeau intolérable à une autre. Qu'une province ait à souffrir de la sorte, tandis qu'une autre continuerait de jouir du confort et même de la prospérité, ne serait pas de nature à favoriser l'unité nationale. Si une province était obligée de réduire ses services d'hygiène ou ses autres services sociaux afin de maintenir ses services de santé, alors que les autres provinces conserveraient l'usage de tous leurs services, les répercussions sur l'unité nationale seraient encore pires.

Le Congrès est d'avis que la seule manière équitable de financer l'assurance-santé est d'établir un système d'impôts basé sur la capacité de paiement. Le coût global devrait être payé à même les impôts fortement progressifs prélevés par le gouvernement fédéral sur le revenu et les droits de succession. Tout autre système ne peut qu'être injuste pour les différentes catégories de contributeurs et ne peut que désavantager les provinces les plus pauvres et leur faire retarder l'adoption du projet.

C'est là une objection très grave aux propositions actuelles. Pour remplir l'un des premiers buts de tout projet d'assurance-santé digne de ce nom, il faut que les avantages en soient accessibles, avec toute la célérité et la plénitude possibles, à tous les citoyens du Canada, où qu'ils vivent: dans l'Île du Prince-Edouard ou la Colombie-Britannique, au Manitoba ou au Nouveau-Brunswick, dans le Québec, l'Ontario ou la Saskatchewan. Si les provinces sont appelées à supporter une forte partie des charges, la conséquence sera simplement que les provinces les plus riches seront participantes au projet, tandis qu'en seront exclues les provinces les plus pauvres. Ces dernières ressentiront de plus en plus l'injustice qui leur est causée du fait que leurs impôts fédéraux contribueront à assurer à ces provinces-sœurs plus fortunées des services dont elles-mêmes seront privées. Il est évident que le retard dont il a été question plus haut pourra se prolonger, puisque, dans le cas de la loi des pensions de vieillesse, où le coût global n'est, même à présent, que d'environ le sixième du coût estimatif de l'assurance-santé, l'une des deux principales provinces industrielles ne mit en vigueur le projet que neuf ans après son adoption par le fédéral. Québec et les provinces Maritimes ne mirent la loi à exécution que lorsque le gouvernement fédéral en eut assumé les trois quarts du coût.

On peut ajouter qu'après la guerre, l'une des conditions principales de la mise au point de l'économie nationale sera la mobilité de la main-d'œuvre entre les différentes parties du pays. Rien n'est moins à souhaiter que les travailleurs soient immobilisés dans certaines régions alors qu'ils pourraient être employés plus utilement ailleurs. Un plan en vertu duquel certaines provinces établiraient des services de santé du genre prévu dans l'avant-projet de loi, alors que d'autres provinces n'en feraient rien, aurait précisément cet effet indésirable d'immobiliser les travailleurs dans les régions possédant des services de santé, même s'il était dans l'intérêt général du pays qu'ils fussent transférés ailleurs.

Le Congrès se sent obligé de protester également contre la proposition que l'on a faite de demander aux patrons de retenir les contributions des employés sur les enveloppes de payé. Les ouvriers croient qu'ils ont déjà eu plus qu'assez de ces retenues; en ajouter une autre, particulièrement si cette autre est aussi dépourvue d'équité que celle proposée dans l'avant-projet de loi, ne pourrait manquer de devenir une source d'irritation constante et une cause de malaise industriel.

On a prétendu que les services de santé financés à même les impôts peuvent "encourager l'esprit de paupérisme et créer l'illusion que le trésor public est inépuisable, ce qui porte à l'extravagance et à la mauvaise administration"; qu'il est "plus compatible avec la dignité et à l'indépendance de l'homme qu'il achète de ses propres deniers les nécessités de la vie"; que "sous un système à

cotisation, les prestations deviennent un droit et non une aumône"; que "les bénéficiaires qui sont aussi contributeurs éprouvent un sens de responsabilité à l'endroit du coût des services et de la gestion". Le seul commentaire que le Congrès juge utile de faire au sujet de ces opinions, c'est que ceux qui les expriment paraissent oublier l'existence d'un grand nombre de systèmes scolaires financés à même les impôts, tant au Canada qu'à l'étranger. Il n'est pas à la connaissance du Congrès que cela ait "encouragé l'esprit de paupérisme", "créé l'illusion que le trésor public est inépuisable", "porté à l'extravagance et à la mauvaise administration", ou sapé "la dignité et l'indépendance de l'homme". Il a l'impression que le public paye pour les services d'éducation de son propre argent, que ces services sont "un droit et non une aumône", et que les contribuables qui maintiennent les écoles "éprouvent un sens de responsabilité à l'endroit du coût des services et de la gestion". De fait, une critique souvent formulée, c'est que les contribuables éprouvent un trop grand sentiment de responsabilité en ce qui concerne le coût des services, et que les écoles sont privées des fonds nécessaires.

La perspective de payer pour quelque chose, services de santé ou autres, par des impôts, n'est pas une perspective agréable, particulièrement à cette époque de l'année. Mais, si nous voulons des services de santé convenables, nous devons être prêts à payer pour les obtenir. Nous payons déjà, très lourdement et très inéquitablement, pour des services insuffisants, et pas seulement de façon directe. Il faut aussi tenir compte de l'immense perte de productivité qui résulte des maladies évitables. Nous payerions aussi lourdement et inéquitablement, en vertu du système de financement proposé dans l'avant-projet de loi. Grâce à un haut degré d'emploi—nos ressources et nos énergies étant appliquées (comme elles devraient l'être, une fois la guerre finie) à la production du maximum de marchandises et de services requis pour répondre aux besoins du peuple—et grâce à l'accroissement de productivité qu'un meilleur état de santé rendrait possible, le coût global réel exigé pour le maintien de services de santé convenables serait moins élevé que le coût des services insuffisants que nous avons actuellement. Et si le coût des services, payé à même les impôts, se fonde sur la capacité de paiement, les charges, quelles qu'elles soient, retomberont là où elles doivent retomber: sur les épaules les plus en mesure de les supporter.

2. Administration

L'administration de l'assurance-santé, en vertu du plan proposé dans l'avant-projet de loi, laisse beaucoup à désirer. En premier lieu, elle favorise beaucoup trop les médecins et les autres personnes chargées d'assurer les services; la représentation accordée au public en général, à ceux pour qui les services sont destinés, et peut-on ajouter, qui devront en payer le coût, est tout à fait, insuffisante. En second lieu, l'administration proposée semble ne pas pourvoir suffisamment à l'adjonction de la prophylaxie et des traitements curatifs qui sont nécessaires pour qu'un projet d'assurance-santé quelconque produise des résultats complets.

L'administration réelle du projet sera en grande partie laissée à la Commission d'assurance-santé de chaque province. Cette commission comprendra au minimum quinze membres. Trois d'entre eux seront des médecins: le président (qui sera le fonctionnaire administratif en chef), le sous-ministre provincial de la Santé ou le directeur provincial de la Santé, et au moins un autre commissaire qui sera désigné "après consultation des organisations représentant les médecins". Quatre autres seront des représentants des autres professions ou institutions chargées d'assurer les services, désignés "après consultation des organisations représentant les dentistes, les pharmaciens, les hôpitaux et les gardes-malades". Deux des commissaires seront nommés sur recommandation du gouvernement fédéral. Seulement six des quinze membres de la Commission

représenteront directement le public qui payera le coût des services. L'un des six sera désigné après consultation des organisations représentant les personnes qualifiées, c'est-à-dire toute la population de la province. Reste à savoir quelle organisation exactement sera consultée, ou comment le gouvernement provincial fera le choix entre les divers postulants qui lui seront présentés. Les cinq autres représentants des assurés seront nommés à titre de représentants des travailleurs industriels, des patrons, des agriculteurs, des femmes de la campagne et des femmes de la ville, respectivement, après consultation, dans chaque cas, avec l'organisation qui les représente. En d'autres termes, les représentants des assurés seront en minorité distincte dans la Commission, car nous ne pouvons supposer que les deux représentants du gouvernement fédéral seront nécessairement profanes; de fait, la composition du Conseil national de l'assurance-santé—que nous commentons plus loin—fait croire qu'ils seront bien plus probablement des représentants des professions. D'autre part, il convient de noter que la Commission n'a pas besoin de se réunir plus de deux fois l'an, et qu'entre les réunions ses pouvoirs seront effectivement exercés par le fonctionnaire administratif en chef, qui doit être un médecin; ainsi, en pratique, il est probable que l'administration aura un caractère encore plus professionnel que ne le ferait croire la façon dont se compose la Commission.

Le Congrès croit, que dans toute commission établie pour administrer l'assurance-santé, les représentants de ceux qui font usage des services de santé, des gens qui en soldent le coût, devraient avoir une majorité absolue. Il ne voit pas de raison pour expliquer que le fonctionnaire administratif en chef doive être un médecin. Dans les questions purement professionnelles, les professionnels doivent, évidemment, avoir voix au chapitre. Aucune personne sensée n'oserait prétendre qu'un groupe de gens qui ne sont pas du métier pourraient décider si John Smith doit se faire opérer pour l'appendicite ou si John Brown doit prendre telle ou telle drogue. Mais l'aspect général et l'aspect économique de l'administration ne sont pas des questions sur lesquelles les professionnels et les autres fournisseurs des services doivent avoir voix prépondérante. Dans ces questions, les professionnels n'ont pas de compétence particulière. Les gens qui règlent la note doivent exercer le contrôle. "La médecine aux médecins" ou à leurs adjoints: les dentistes, les pharmaciens, les hôpitaux, les gardes-malades, est un slogan injustifiable et aussi dangereux, vraiment, que "les mines aux mineurs" ou "les chemins de fer aux cheminots". Nul groupe d'êtres humains n'est digne d'être revêtu d'un tel pouvoir; il existera toujours une tendance vers l'égoïsme de groupe, accentuée encore par la propension fatale que nous avons tous de confondre l'intérêt public avec notre propre intérêt. C'est la Commission qui conclura les accords financiers avec les praticiens et les hôpitaux; si les praticiens doivent dominer la Commission, cela ressemblera compagnie: les mêmes gens assis des deux côtés de la table.

On peut trouver encore plus à redire à la composition du Conseil national d'assurance-santé, quoique les devoirs de cet organisme soient si vagues qu'il est impossible de prévoir quelle importance il prendra dans la pratique. Le nombre des membres du Conseil est encore indéterminé, mais si toutes les provinces y sont représentées il comprendra au moins vingt-deux membres. Douze d'entre eux seront des médecins (le directeur fédéral de l'assurance-santé, les neuf fonctionnaires administratifs en chef des commissions provinciales, et les représentants des fonctionnaires de l'hygiène publique et des médecins praticiens comme tels); quatre autres représenteront les autres fournisseurs des services (dentistes, pharmaciens, hôpitaux, gardes-malades), et six représenteront les assurés (personnes qualifiées, travailleurs industriels, patrons, agriculteurs, femmes de la campagne et femmes de la ville). La représentation des assurés est ridiculement insuffisante. Et l'on pourrait ajouter qu'il n'y a rien pour garantir que les "représentants" des groupes d'assurés représenteront ceux-ci en réalité.

L'article de l'avant-projet de loi provincial concernant la nomination de la commission provinciale prescrit que les représentants seront désignés après consultation des organisations intéressées, mais il ne renferme aucune disposition touchant les nominations au Conseil national.

La seconde objection principale aux particularités administratives de l'avant-projet de loi, c'est qu'il ne pourvoit pas suffisamment à l'intégration de la prophylaxie et des traitements curatifs. Dans le passé on a surtout insisté, dans l'exercice de la médecine, sur le côté guérison. Tout le monde maintenant s'accorde à dire qu'à l'avenir on devra s'occuper surtout de la prévention des maladies. Mais il sera très difficile d'effectuer ce changement à moins que les services préventifs et curatifs soient complètement unifiés. L'avant-projet de loi ne les unifie pas. Au contraire, il prévoit explicitement l'établissement de deux services administratifs: celui des régions d'assurance-santé, relevant de la Commission d'assurance-santé, et celui des régions de santé publique de la province, "avec telle disposition pour assurer la coopération entre les administrations susdites dans chaque région, qui peut être jugée nécessaire et utile aux intérêts de la santé publique". De l'avis du Congrès, c'est insuffisant.

3. Insuffisances de l'avant-projet de loi

Outre les critiques déjà formulées, l'avant-projet de loi pèche gravement au moins à quatre différents points de vue:

(a) Il ne prévoit pas de prestation en espèces pour maintenir un minimum de revenu lorsqu'un homme est empêché de gagner sa vie pour cause de maladie. On peut répondre que cela déborde le cadre du projet à l'étude, et qu'il faudrait pour y remédier, modifier l'Acte de l'Amérique britannique du Nord. Le fait demeure que le meilleur des services de santé ne produira pas tout son effet si, pendant que le bénéficiaire est sous traitement, sa famille et lui voient leur niveau de vie baisser de façon incroyable, et s'il est constamment tourné par le problème de trouver le prochain repas. Si la question sort du cadre de ce projet, elle n'est certainement pas étrangère aux besoins du peuple, et il faudrait y pourvoir, soit dans ce projet de loi soit dans un autre. Les difficultés constitutionnelles peuvent être surmontées, soit par des subventions généreuses soit par une nouvelle définition du "chômage" pour inclure le chômage causé par la maladie; ou bien encore en modifiant l'Acte de l'Amérique britannique du Nord de la même façon que pour la Loi sur l'assurance-chômage. L'Acte de l'Amérique britannique du Nord a été fait pour le peuple, et non le peuple pour l'Acte de l'Amérique britannique du Nord. Il ne faut pas permettre qu'il empêche l'adoption des mesures indispensables pour remédier aux besoins du peuple. Aucun droit n'est lésé par les paiements effectués à même le Trésor fédéral aux gens qui chôment pour cause de maladie.

(b) L'avant-projet de loi renferme aucune disposition concernant le personnel supplémentaire—médecins, dentistes et gardes-malades—pour lequel il existe déjà maintenant un besoin pressant, besoin qui ne pourra qu'aller en grandissant sous le régime de l'assurance-santé. L'*American Committee on the Costs of Medical Care* est d'avis qu'il devrait y avoir un médecin par 700 personnes et un dentiste par 1,000 personnes. La récente enquête sur l'hygiène instituée par la Commission canadienne de recrutement et de répartition du personnel médical a révélé que le Canada était très loin de cette moyenne. De fait si cette norme était admise au Canada, on ne s'éloignerait pas beaucoup de la vérité en disant que la Canada a besoin de quatre à cinq mille médecins de plus et de trois à quatre mille dentistes de plus. Même avec le système actuel de formation médicale accélérée, le nombre des diplômés des écoles de médecine canadiennes n'est que d'environ 745 par an. La Commission canadienne de recrutement et de répartition du personnel médical a, quant à elle, adopté la moyenne plus modeste d'un médecin par 1,500 personnes. Même à ce compte,

son enquête a révélé un besoin criant pour un plus grand nombre de médecins. En exceptant les médecins à la retraite, les chiffres, pour le Canada et les provinces, sont les suivants:

TABLEAU 3

Province	Population par médecin	Province	Population par médecin
Ile du Prince-Edouard	1,659	Manitoba	1,438
Nouvelle-Ecosse	1,450	Saskatchewan	2,078
Nouveau-Brunswick	2,136	Alberta	1,626
Québec	1,206	Colombie-Britannique	1,168
Ontario	1,068	Canada	1,261

La situation était très défavorable dans les provinces Maritimes et dans la Saskatchewan et l'Alberta, mais plus particulièrement au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan.

La pénurie de personnel est particulièrement aiguë dans les asiles d'aliénés et dans les sanatoria de tuberculeux. Dans les asiles d'aliénés, d'après la norme établie par l'Ontario en 1942, il devrait y avoir au moins un médecin-adjoint à service continu (en plus du surintendant, du directeur de la clinique d'hygiène mentale, ou des médecins consultants) par 400 patients résidents. En décembre 1942, la proportion pour tout le Dominion approchait le niveau minimum; pour le Québec, elle atteignait à peine le minimum; en Saskatchewan, dans l'Alberta et la Colombie-Britannique, elle était inférieure au minimum. La Commission de recrutement et de répartition du personnel médical est d'avis que la proportion est à peine au minimum présentement en ce qui concerne le Dominion tout entier. Dans les sanatoria, la proportion normale reconvenue des médecins par rapport aux malades est de 1:60; dans les sanatoria canadiens la proportion réelle est maintenant de 1:76. Seules l'Ile du Prince-Edouard et l'Alberta sont au-dessus de la norme. Cependant, d'après le rapport soumis à votre Comité à la dernière session, ni l'une ni l'autre de ces provinces n'ont pris de dispositions suffisantes concernant la prévention et le traitement des maladies. Par conséquent, le fait que, dans les sanatoria existants, la proportion des médecins par rapport aux patients est suffisante n'indique en aucune façon que la situation y soit tout ce qu'on peut désirer.

Quant aux dentistes, il est seulement besoin de noter ce qui suit: (1) il y a, dans les forces armées, un dentiste par 669 personnes, dans la vie civile, un par 3,477 personnes; (ii) l'Association dentaire canadienne a averti le ministère des Pensions et de la Santé nationale que, sous le régime de l'assurance-santé, il serait impossible de fournir un service dentaire complet à d'autres que les enfants en-dessous de 16 ans. L'avant-projet de loi ne renferme aucune disposition pour parer à ce besoin.

Il existe aussi une pénurie très grave de gardes-malades. Environ 50 p. 100 des institutions et des organisations qui ont répondu au questionnaire de la Commission de recrutement et de répartition du personnel médical ont déclaré qu'elles étaient à court de gardes-malades. La situation est particulièrement aiguë dans les régions rurales, très grave dans les sanatoria de tuberculeux, et "alarmante" dans les services d'hygiène publique. On manque aussi de gardes-malades dans les services d'hygiène industriels. L'effectif des gardes-malades en exercice et des gardes-malades retirées mais encore disponibles varie d'une façon prononcée suivant les provinces.

TABLEAU 4

Province	Nombre de gardes-malades par mille personnes	Province	Nombre de gardes-malades par mille personnes
Ile du Prince-Edouard	1.38	Manitoba	1.82
Nouvelle-Ecosse	2.02	Saskatchewan	1.23
Nouveau-Brunswick	1.71	Alberta	1.80
Québec	1.39	Colombie-Britannique	3.03
Ontario	2.79	Canada	2.06

A noter que la Saskatchewan, où la pénurie des médecins est la plus aiguë, par rapport à la population, la proportion de gardes-malades la plus basse de toutes les provinces. L'Île du Prince-Edouard, où le nombre des médecins est inférieur à la norme fixée par la Commission, a la plus faible proportion de gardes-malades après la Saskatchewan. L'effectif de gardes-malades de la Colombie-Britannique dépasse de beaucoup la moyenne nationale, celui de l'Ontario un peu moins, et celui de la Nouvelle-Ecosse est presque au niveau national. Toutes les autres provinces sont bien au-dessous. Le contraste entre le Québec et l'Ontario est particulièrement frappant.

Dans le cas des gardes-malades comme dans celui des médecins, la pénurie de personnel est particulièrement aiguë dans les asiles d'aliénés et les sanatoria. Dans les asiles d'aliénés, en comptant les étudiantes gardes-malades, comme l'équivalent de la moitié des gardes-malades diplômées, et en supposant une semaine de travail de 54 heures ou plus, la proportion minimum de base est d'une garde-malade pour neuf patients. Là où, comme dans l'Ontario et le Manitoba, la semaine est de 48 heures, la proportion serait de 1:7.8, ou un minimum absolu en temps de guerre de 1:8.5 (en n'allouant rien pour les vacances). La proportion réelle, en ce qui concerne le personnel des salles d'hôpitaux, les médecins non compris, était, en décembre 1942, de 1:10.2. Les provinces de l'Île du Prince-Edouard, du Nouveau-Brunswick, du Québec et de l'Alberta étaient toutes au-dessous de la norme avec des moyennes de 1:10.3, 1:16.5, 1:13.9 et 1:11.0 respectivement. Au Manitoba, la situation empirait quotidiennement. Dans les sanatoria, la proportion minimum approuvée des gardes-malades par rapport aux patients alités est de 1:7, et, par rapport aux patients non alités, de 1:3. La proportion réelle, dans les sanatoria canadiens, était de 1:8.3. Le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique étaient au-dessus de la norme; le Québec, avec une proportion de 1:16.8, bien au-dessous.

D'après l'enquête de la Commission, on a besoin immédiatement de 2,104 gardes-malades diplômées, de 1,562 étudiantes gardes-malades et de 751 aides de guerre. Sous le régime de l'assurance-santé, les besoins augmenteront sûrement encore plus.

L'une des causes de la rareté des gardes-malades, c'est, sans doute, le fait qu'elles sont surmenées et insuffisamment payées, fait que l'enquête de la Commission a prouvé décisivement. Quarante-neuf p. 100 des gardes-malades affectées au service général dans les hôpitaux reçoivent \$849 ou moins par année; dans les asiles d'aliénés le pourcentage correspondant est de 51, dans les sanatoria il est de 31. Dans les hôpitaux généraux, au delà de 65 p. 100 des gardes-malades travaillent plus que la journée de huit heures ou que la quinzaine de 96 heures recommandée par l'Association des gardes-malades pour les gardes-malades diplômées et les étudiantes gardes-malades. Dans les asiles d'aliénés, le pourcentage correspondant est presque de 80, dans les sanatoria il est d'environ 60. Les étudiantes gardes-malades travaillent en général de 96 à 140 heures par quinzaine.

Pour constituer un effectif suffisant de gardes-malades en vue des services de santé proposés, il faudra absolument, de l'avis du Congrès, s'assurer qu'une proportion équitable des fonds disponibles soit attribuée au paiement des gardes-malades. On ne voit pas trop de quelle allocation il s'agit exactement; mais le Dr Charlotte Whitton, dans son livre: *The Dawn of Ampler Life* (page 131) affirme que la répartition proposée en vertu de l'avant-projet de loi précédent était la suivante:

TABLEAU 5

Service	Montant par tête	Pourcentage du coût	Total affecté au paiement de chaque service
Médecin	\$9 50	44.0	\$106,485.500
Dentiste	3 60	16.7	40,352.400
Hospitalisation	3 60	16.7	40,352.400
Médicaments, etc.	2 55	11.8	28,582.950
Gardes-malades	1 75	8.0	19,615.750
Laboratoire	60	2.8	6,725.400
Total	21 60	100.0	\$242,114.400

A la connaissance du Congrès, l'exactitude des chiffres cités par le Dr Whitton n'a jamais été contestée. Une répartition de fonds faite de cette façon, cependant, paraît outre mesure favorable aux médecins et outre mesure défavorable aux gardes-malades. Comme le fait remarquer le Dr Whitton: "En se basant sur le nombre des médecins praticiens enregistrés dans le Dominion, cela assurerait aux médecins un revenu annuel de \$10,000 en moyenne, en plus de leurs honoraires personnels, contre une moyenne de \$3,142 actuellement... L'affectation d'une aussi forte somme aux frais médicaux fait supposer ou bien une augmentation très importante du revenu du praticien ordinaire ou bien une augmentation du double du personnel médical actuel". Le Congrès ne désire nullement que les médecins ou qui que ce soit reçoivent des salaires insuffisants. Au contraire, il demande instamment que les membres du personnel des services de santé: médecins, dentistes, gardes-malades et autres, soient largement rétribués pour l'œuvre essentielle qu'ils accomplissent. Toutefois, la répartition des fonds disponibles devrait être faite de façon équitable entre les membres du personnel de l'hygiène. Si les chiffres cités par le Dr Whitton étaient exacts en ce qui concerne l'avant-projet de loi précédent, il est à espérer qu'ils ont été grandement modifiés depuis, dans le but, notamment, de permettre l'affectation de sommes plus considérables à l'égard des gardes-malades.

(c) L'avant-projet de loi ne renferme aucune disposition concernant les immobilisations très importantes que comporterait un service de santé de premier ordre. Au contraire, par les subventions pas très libérales qu'il propose pour fins de santé publique, l'avant-projet de loi exclut les immobilisations de façon explicite. Des immobilisations seraient requises pour les principales fins suivantes:

- (i) Deux nouvelles écoles de médecine, l'une à Vancouver et l'autre à Saskatoon (où n'existe présentement qu'un cours de deux ans).
- (ii) Un plus grand nombre d'hôpitaux généraux.
- (iii) Un nombre plus considérable d'hôpitaux spéciaux pour les incurables et les maladies chroniques. Actuellement, il n'y en a que vingt dans tout le Dominion, avec un total de 3,415 lits. En en établissant un nombre suffisant, on contribuerait grandement à remédier à la situation qui existe dans les hôpitaux généraux.
- (iv) Un bien plus grand nombre d'hôpitaux spéciaux pour les convalescents. Ici le besoin est encore plus pressant que dans le cas précédent. Il n'y a que dix hôpitaux de ce genre dans le Dominion, avec un total de 830 lits. Il n'y en a aucun dans les provinces Maritimes, la Saskatchewan, l'Alberta ou la Colombie-Britannique (Ces provinces possèdent quelques foyers de convalescents, mais ceux-ci ne sont pas bien aménagés et sont loin de répondre aux besoins). On pourrait ajouter que seuls le Québec, l'Ontario et la Saskatchewan fournissent des fonds pour le soin des personnes pauvres de cette catégorie.
- (v) Des maisons de santé. Nos maisons de santé actuelles sont à court d'environ 10,000 lits, et cela malgré le fait que les maladies mentales augmentent constamment.
- (vi) Hôpitaux pour les maladies contagieuses: il y en a quatorze, avec un total de 1,713 lits et cinq lits d'enfants. Il y a, évidemment, en outre, des aménagements spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais le rapport de la Commission de recrutement et de répartition du personnel médical les décrit comme "lamentablement insuffisants d'habitude". On remarque une absence particulière de ces hôpitaux spéciaux dans les régions rurales. Aucune municipalité rurale, pour ainsi dire, et très peu de villes et de villages possèdent quelque chose de ce genre. En Nouvelle-Ecosse, Halifax seule possède une institution semblable; dans l'Île-du-Prince-Edouard il n'y en a pas du tout. On peut juger à quel point le nombre de ces institutions est insuffisant du fait que l'Ontario a recommandé une moyenne d'un lit par 2,000 personnes.

- (vii) Hôpitaux pour les vieillards.
- (viii) Hôpitaux ruraux. La Commission de recrutement et de répartition du personnel médical déclare dans son rapport que le Canada possède "une chaîne extraordinairement belle d'hôpitaux ruraux... généralement bien répartis entre les régions rurales". Mais le rapport ajoute que des régions rurales "étendues" et "raisonnablement peuplées n'ont pas suffisamment d'hôpitaux". Le comté de Guysboro, Nouvelle-Ecosse, dont la population est de 25,000 à 30,000, ne possède qu'un modeste hôpital de quatre lits, dirigé par la Croix-Rouge. Au Cap-Breton, de 20,000 à 30,000 personnes habitent à une distance d'au moins 35 milles de tout hôpital; dans cette région, en hiver, il est impossible de faire un voyage de 15 à 20 milles et encore moins un voyage de 35 milles. Au Nouveau-Brunswick, trois comtés, ayant une population de 42,000, ne possèdent absolument aucun hôpital, et un comté dont la population est de 25,000 ne possède qu'un hôpital de 10 lits. A noter qu'il ne s'agit, dans aucun des cas précités, d'une région récemment colonisée: il s'agit d'anciennes parties du Dominion, depuis longtemps établies.
- (ix) Des hôpitaux d'avant-postes dans les régions éloignées, pour parer aux besoins les plus pressants jusqu'à ce que les patients puissent être transportés dans les institutions mieux aménagées des plus grands centres.

(d) Service d'hygiène industrielle. La Commission de recrutement et de répartition du personnel médical a fait une enquête minutieuse en ce domaine. En décembre 1942, il y avait 1,155,307 employés de 14 ans et plus dans l'industrie manufacturière canadienne. Les réponses au questionnaire de la Commission ont été fournies par 836,717 d'entre eux. La Commission a établi certaines normes—médecin: une heure par semaine par cent employés (en tenant un compte spécial des industries où le danger d'accidents est le plus grand), c'est-à-dire, dans le cas des usines occupant 3,000 ouvriers ou plus, un médecin à service continu pour 3,000 employés; garde-malade: une par 500 employés. Un médecin à service continu fournirait, chaque semaine, 40 heures de travail strictement professionnel et 10 heures de travail administratif. Un médecin travaillant de façon intermittente compterait comme le quart d'un médecin travaillant à pleines journées.

Voici ce que le questionnaire de la Commission a démontré:

- (i) Des fabriques occupant moins de 200 employés n'avaient recours aux services des médecins et des gardes-malades que dans les cas d'accidents seulement.
- (ii) Parmi les fabriques occupant 1,000 à 3,000 ouvriers, où un médecin à service intermittent est habituellement jugé suffisant, vingt-neuf n'employaient pas de médecins du tout, tandis que onze employaient un médecin rétribué en vertu d'un système d'honoraires, système que la Commission juge insuffisant.
- (iii) Vingt fabriques occupant 3,000 ouvriers ou plus n'employaient pas de médecin régulier; une fabrique n'employait pas de médecin du tout.
- (iv) Quinze fabriques occupant de 3,000 à 5,000 ouvriers, et cinq usines en occupant plus de 5,000, n'employaient que des médecins à service intermittent.
- (v) Deux cent vingt fabriques employaient un médecin régulièrement rétribué. De ce nombre, 178 exerçaient un certain degré de surveillance générale de la santé. Ceci englobait un peu moins de la moitié des employés compris dans les réponses au questionnaire et environ 30 p. 100 de tous les employés des fabriques.
- (vi) Dans 71 p. 100 des fabriques occupant plus de 200 ouvriers, (fabriques comptant un total de 200,000 hommes et 74,000 femmes à leur emploi) il n'y avait pas de service de santé organisé, excepté en ce qui concerne les premiers soins en cas d'accident.

- (vii) Trois cent cinquante fabriques n'employaient ni médecin ni garde-malade.
- (viii) Quarante-trois p. 100 des employés n'avaient pas subi d'examen médical.
- (ix) L'industrie a besoin de l'équivalent de 261 médecins réguliers, outre ceux déjà employés dans ce domaine; ce besoin est particulièrement vif dans les petites et les moyennes fabriques.
- (x) Environ les deux tiers des ouvriers ne bénéficient d'aucun service de santé industriel.

La Commission a noté que les avantages que comporte un service de santé industriel résident "dans l'élévation du niveau général de la santé, la diminution des pertes de temps causées par la maladie, l'amélioration des relations industrielles et le développement chez les employés de ce sens de l'hygiène qui exerce une influence si considérable au foyer."

La nécessité pressante d'une vive expansion des services d'hygiène industrielle ne paraît pas faire de doute. Le Congrès demande instamment que dans la préparation de toute loi concernant les services de santé l'on tienne compte de ce fait, et que, dans l'élaboration et l'exécution d'une loi de ce genre, un rôle important soit assigné au travail organisé.

4. Dans le présent mémoire, le Congrès n'a pas essayé d'embrasser toute la question. Plusieurs des besoins les plus pressants ont été amplement exposés en des rapports soumis précédemment par divers individus ou organismes; il n'est donc pas nécessaire de charger le compte rendu d'une répétition de leurs témoignages. En terminant, le Congrès désire souligner que pour assurer une bonne santé à tout le monde il faut plus encore que les meilleurs services de médecins, de dentistes et de gardes-malades. Pour citer la brochure publiée par le parti travailliste anglais et intitulée *National Service for Health*: "Si, grâce à une politique sociale et économique saine, nous pouvons nous débarrasser de la pauvreté, nous aurons, par le fait même, beaucoup contribué à l'élimination de la maladie. La pauvreté, en effet, est une des causes principales de mauvaise santé. Si nous pouvons assurer à tous de meilleures conditions de travail, faire disparaître le chômage, et fournir à tous l'occasion de jouir de loisirs et d'exercices abondants; si les citoyens peuvent vivre dans des maisons bien construites, bien situées et hygiéniques, avec de l'eau et du lait pur en abondance, ainsi que d'autres aliments nutritifs, de l'air pur et autant de soleil que possible, et s'ils sont à l'abri de tout bruit préjudiciable à la santé—ces facteurs seront plus efficaces pour la santé nationale que tous les médicaments". Les meilleurs services sanitaires ne produisent tout leur effet que s'ils fonctionnent au milieu d'une société saine.

Le tout respectueusement soumis.

POUR LE CONGRÈS CANADIEN DU TRAVAIL,

A. R. MOSHER,

Président.

NORMAN S. DOWD,

Secrétaire de l'exécutif.

APPENDICE "B"

MÉMOIRE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES AUXILIAIRES
SOCIAUX SUR L'AVANT-PROJET DE LOI DE
L'ASSURANCE-SANTÉ*Avant-propos*

Au début du présent mémoire, la *Canadian Association of Social Workers* tient à dire sa satisfaction de l'attention que l'on accorde maintenant à l'établissement de l'assurance-santé au Canada. En principe, l'Association est en faveur d'un plan national d'assurance-santé. Reconnaissant toutefois les difficultés inhérentes à l'application d'un plan fédéral, elle donne son approbation au projet de loi Heagerty, tout en recommandant que certaines modifications y soient apportées.

Ces changements comporteraient des subventions aux provinces, selon les besoins, une modification des taux de contribution proposés, des rouages administratifs plus simples, l'inclusion d'un programme d'aide aux infirmes et l'octroi de prestations d'invalidité.

Il est reconnu qu'il y a relation étroite entre les plans d'assurance-santé et le projet national de sécurité sociale.

La *Canadian Association of Social Workers* s'intéresse vivement au projet concernant l'établissement de l'assurance-santé au Canada et approuve fortement le principe de l'assurance-santé. Par conséquent, l'Association note avec plaisir qu'un projet approprié fait maintenant l'objet d'une étude sérieuse au Parlement. Elle est heureuse que l'occasion lui soit fournie de soumettre un mémoire exposant ses vues sur la loi dont la Chambre est maintenant saisie.

Les auxiliaires sociaux, de par la nature de leur profession, sont particulièrement bien placés pour observer les graves répercussions de la maladie sur la vie individuelle ou familiale; ils sont constamment en lutte contre les perturbations sociales ainsi causées. Pour cette raison ils font bon accueil à toutes les mesures préventives qui auront pour effet de diminuer les maladies et leur cortège de malaises sociaux. Ils applaudissent chaleureusement aux aspects avantageux du présent projet de loi: l'assurance globale, appliquée aux indigents, aux salariés et aux rentiers; l'établissement de services de diagnostic et de thérapeutique complets et leur adjonction à la prophylaxie, et l'importance considérable attachée dans cette loi aux moyens de prévention. Ce sont là des points qu'il convient de louer hautement.

Avantages d'un plan national d'assurance-santé

En principe, l'Association favorise un plan national d'assurance-santé. La maladie ne connaît pas de frontières, et il n'existe pas de question plus importante au point de vue national que la santé de tous les Canadiens. En conséquence, l'Association regrette que la présente mesure ait l'effet d'une autorisation seulement et qu'il faille qu'elle soit ratifiée et mise à exécution par les provinces. Nous sommes au courant des raisons qui militent en faveur d'une loi de ce genre: les difficultés constitutionnelles, la prédominance des provinces en matière de services sanitaires et les recommandations de la Commission Rowell-Sirois. Cependant, il faut bien admettre que le fait d'avoir recours à l'action provinciale peut devenir un obstacle à la réalisation d'un programme de santé nationale.

En vertu d'une loi habilitante, qui prévoit des dépenses considérables de la part des provinces, certaines d'entre elles seraient peut-être peu disposées à participer au projet ou financièrement incapables de le faire, surtout si l'on

tient compte du fait que, pour la durée de la guerre, le gouvernement fédéral s'est emparé des principales sources de revenus provinciaux. Il s'agit là des provinces les plus pauvres, de celles qui ont peu de ressources et des revenus peu élevés. Cependant, à cause de leur pauvreté, ce sont justement ces provinces qui ont le plus grand besoin des services de santé, tant prophylactiques que thérapeutiques. Elles ont été incapables de se procurer ces services dans le passé, mais elles en ont le plus grand besoin pour le présent et pour l'avenir. Le rapport du comité consultatif de l'assurance-santé lui-même renferme des témoignages frappants quant à ces inégalités de chances de santé: variations étonnantes dans les taux de mortalité infantile et maternelle et dans les taux de mortalité entre les provinces. Nous sommes d'avis qu'une politique nationale d'assurance-santé devrait diminuer plutôt que perpétuer ces inégalités en ce qui concerne les chances de bonne santé parmi nos citoyens canadiens.

On trouvera la preuve de cette assertion dans les services sociaux existants. Lorsque les lois sociales sont laissées aux provinces, celles-ci sont très lentes à les adopter et le niveau en est souvent peu élevé. Un service social de première importance comme les allocations maternelles, adopté pour la première fois au Canada il y a trente ans, est encore inopérant dans deux provinces canadiennes. Les pensions aux vieillards comportaient des subsides considérables, mais les provinces les plus pauvres et qui en avaient le plus grand besoin furent très lentes à en faire l'adoption. Et c'est seulement en cette année 1943 que l'école obligatoire, depuis longtemps acceptée presque partout par l'opinion publique, a été établie dans une de nos grandes provinces. Pour que des services sociaux acceptables soient créés promptement, il faut que l'administration en soit nationale (comme dans le cas des allocations familiales) ou bien que le fédéral exerce une influence directe ou participe au projet.

Avantages d'un rapport étroit entre l'assurance-santé et les autres éléments d'un plan national de sécurité sociale

Un second argument puissant en faveur d'un plan national réside dans le rapport étroit qu'il y a entre l'assurance-santé et les autres éléments d'un plan national de sécurité sociale. L'assurance-santé fait partie intégrante de tout plan complet de sécurité et ne saurait en être séparée. Les raisons qui expliquent cela sont exposées avec force dans les rapports Marsh et Beveridge et n'ont besoin que d'une brève mention ici. Les prestations-maladie et d'invalidité peuvent devenir démesurément élevées, et s'il survenait d'autres formes de besoins—le cas des veuves et des orphelins, l'invalidité partielle et l'inaptitude au travail—cela augmenterait de façon correspondante le coût des services sociaux. Pareille augmentation du nombre des cas et du coût des services est injustifiable, parce qu'elle peut être évitée grâce à des services médicaux appropriés. Le fait demeure, cependant, que seule une coordination étroite de tous les services administratifs de sécurité sociale peut réellement permettre de l'éviter.

Un autre domaine où il devrait y avoir unification, c'est celui des rouages gouvernementaux nécessaires à la perception des contributions et au paiement des prestations. Le bill Heagerty exigerait la création d'un organisme provincial à cette fin. Cela signifierait que, jusqu'à un degré considérable, cet organisme provincial ferait double emploi avec les services fédéraux actuels, soit avec la Commission d'assurance-chômage, soit avec le service de l'impôt sur le revenu. Ces deux services seraient maintenant disponibles et pourraient être appliqués à ces fins. Pareil chevauchement est certes à éviter. De plus, le principe (et la pratique) des déductions à la source, en ce qui concerne les services sociaux, est maintenant acceptée par la population en général, que cela se fasse au moyen de déductions sur les enveloppes de paye ou par les impôts sur le revenu.

Enfin, l'expérience britannique démontre clairement la nécessité de la réunion sous une même direction de tous les services sociaux nationaux. Après

qu'on eu fait pendant trente ans l'expérience de services sociaux improvisés, incomplets et faisant double emploi dans ces domaines, le récent rapport Beveridge a recommandé leur adjonction à un système national unifié, ressortissant à un ministère unique de la sécurité sociale. Le Canada ferait bien de réfléchir aux conclusions auxquelles a conduit l'expérience britannique et d'en profiter.

La *Canadian Association of Social Workers* reconnaît, cependant, combien il est difficile de réaliser un plan national dans ce pays—combien il est difficile de faire modifier la constitution et d'obtenir le transfert des services d'hygiène provinciaux au gouvernement fédéral. Elle approuve les recommandations du rapport Marsh voulant que les services de perception des contributions et les services qui s'occupent des paiements destinés à assurer le maintien du revenu familial soient coordonnés. Elle se rend compte également des dangers que comporte la centralisation dans un pays aussi divers que le Canada, et de certains des avantages d'une administration provinciale (ou régionale). *Pour cette raison, l'Association appuie le bill Heagerty, mais recommande qu'il soit modifié dans le sens indiqué.*

Recommandations

1. (a) Que l'on accorde des subventions aux provinces selon les besoins.

Cette recommandation découle des paragraphes ci-dessus, qui démontrent une différence notable dans la capacité des provinces à établir des services de santé ou des services sociaux pour elles-mêmes.

Les subventions proposées dans le bill sont de deux sortes: subventions générales pour l'assurance-santé, la tuberculose, les maladies mentales et l'hygiène publique; subventions spéciales pour les maladies vénériennes, la formation professionnelle, les travaux de recherches et l'aptitude physique. Les subventions générales seraient établies sur une base de tant par tête ou proportionnellement aux dépenses provinciales en ce qui concerne les phases appropriées des travaux d'hygiène. L'un ou l'autre de ces moyens seraient peut-être insuffisants pour répondre aux besoins des provinces les moins riches, qui ont une population plus petite et qui, étant pauvres, ne peuvent contracter que des dépenses limitées. Les subventions spéciales sont attribuées sur une base de tant par tête, en-dedans de la même limite. Une seule—celle qui s'applique à la formation professionnelle—est attribuée selon les besoins. Ce point, cependant, est très important, car il signifie la reconnaissance du fait qu'il est désirable de subvenir aux besoins au moment où ils surgissent et là où ils existent.

Nous sommes d'avis que l'on devrait prendre des dispositions pour attribuer des subventions spéciales aux provinces pour l'hygiène, en considération des besoins, afin que les provinces les plus pauvres puissent assurer à leurs citoyens le même nombre et la même qualité de services de santé que les provinces les plus riches. C'est par ce moyen seulement que tous les citoyens canadiens pourront jouir de l'égalité au point de vue de la santé.

En conséquence, nous favorisons le choix d'une formule qui serait suivie dans l'attribution des subventions aux provinces. Dans cette formule, il faudrait faire entrer en ligne de compte les facteurs population, dépenses et besoins. On a constaté l'utilité des formules de ce genre en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis. La proposition d'en faire usage au Canada a déjà reçu un accueil favorable. Bien équilibrée, cette formule peut donner le relief voulu au facteur besoin, comme nous l'avons dit plus haut. Une telle formule simplifie et clarifie l'octroi des subventions fédérales et constitue une protection contre la pression que peuvent essayer d'exercer certains groupes, politiques ou autres. Nous sommes en faveur de son adoption à l'égard de toutes les subventions que le bill prévoit en matière d'hygiène publique.

1. (b) Que les subventions pour la formation professionnelle s'appliquent également aux auxiliaires sociaux.

L'article 3 (Première Annexe) de l'avant-projet de loi prescrit que des fonds seront versés pour la formation de médecins hygiénistes, ingénieurs, gardes-malades et inspecteurs sanitaires. La constitution d'un personnel de ce genre est certes d'une nécessité pressante. Malheureusement, cependant, les auxiliaires sociaux, qui sont aussi appelés à jouer un rôle important, n'ont pas été inclus. Ils devraient l'être.

Les auxiliaires sociaux ont fourni la preuve de leur utilité en collaborant à l'exécution de programmes de bien-être et d'hygiène de toutes sortes. En Grande-Bretagne, ils sont attachés aux hôpitaux et aux services d'hygiène. Aux Etats-Unis, ils sont bien plus recherchés depuis les derniers dix ans, particulièrement dans l'exécution du programme de sécurité sociale, qui comprend les soins maternels, le soin des enfants, les pensions aux aveugles et la sauvegarde de la vue, la lutte contre les maladies vénériennes et le soin des enfants infirmes. Ils ont été jugés indispensables pour ces services et l'on devrait avoir recours à eux bien plus souvent au Canada.

Des expériences canadiennes récentes appuient fortement cette assertion. Dans les hôpitaux généraux, les maisons de santé, au ministère des Pensions et de la Santé nationale et dans les services sélectifs des forces armées, les auxiliaires sociaux jouent un rôle de plus en plus important. Leurs services sont essentiels au fonctionnement de tout plan d'assurance-santé. Sept écoles sont maintenant disponibles au Canada pour la formation des auxiliaires sociaux. Ces écoles ont besoin d'appui et de renfort. Les subventions destinées à la formation devraient certes être rendues applicables aux auxiliaires sociaux.

2. (a) Les services de prévention et de traitement des infirmités devraient aussi recevoir considération.

Les infirmités physiques, qu'elles proviennent de causes congénitales ou acquises, sont une source de grandes souffrances humaines et une lourde charge pour la société. C'est pourquoi les programmes d'hygiène modernes prévoient des moyens étendus de prophylaxie et de thérapeutique. Les dispositions du programme de sécurité sociale des Etats-Unis touchant les enfants infirmes en apportent un excellent exemple.

Il faudrait adopter, au Canada, des dispositions semblables pour pourvoir à l'enregistrement, aux traitements médicaux et chirurgicaux, à l'éducation, à l'orientation professionnelle, au placement et à la surveillance des infirmes. Du point de vue financier, un tel projet ferait plus que se subvenir à lui-même au cours d'une génération, grâce à la réduction des frais d'invalidité et d'assistance publique qu'il comporterait. Et ce qui est plus important, du point de vue humain, l'adoption de dispositions de ce genre diminuerait la souffrance, mettrait de la joie et de l'espoir en des vies humiliées, et ferait d'un groupe de gens qui peuvent devenir une charge à la société des citoyens sains et utiles. Il faudrait, par conséquent, l'incorporer dans le bill actuel.

- (b) Des dispositions devraient être prises en vue d'un vaste programme de réorganisation technique.

Nous mentionnons ce plan ici parce qu'il est étroitement apparenté à la recommandation 2 (a) ci-dessus. Au point de vue administratif, cependant, il s'apparente à la fois, dans un projet national d'assurance sociale, aux services thérapeutiques et prophylactiques. C'est pourquoi ce sujet est traité à fonds dans un mémoire (subséquent) soumis par notre Association sur le rapport Marsh.

3. Il faudrait simplifier le système compliqué de contribution que l'on propose.

Le bill prévoit plusieurs taux de contributions pour diverses catégories de gens: 3 p. 100 du revenu annuel d'un célibataire, jusqu'à concurrence de \$26 par année; 4.3 p. 100 et 4.9 p. 100 pour un homme marié qui a soit un soit deux

enfants à sa charge, jusqu'à concurrence de \$78 dans un cas et de \$104 dans l'autre.

Le plan de contributions proposé renferme des anomalies et des injustices curieuses. La première de celles-ci concerne les taux de contribution d'un célibataire et d'un homme marié sans enfant. Prenez le cas d'un célibataire gagnant \$800 par année, et comparez-le avec celui d'un homme marié gagnant le même montant. Le célibataire paye une contribution de \$24 par année et son patron paye le solde de \$2. C'est admettre, effectivement, que le célibataire qui gagne \$800 par année n'est pas financièrement en mesure de payer toute sa prime. Si cela est vrai en ce qui concerne le célibataire, à plus forte raison cela devrait-il l'être en ce qui concerne un homme marié gagnant \$800. Si le célibataire gagnant \$800 ne peut payer que \$24, on ne peut certainement pas prétendre que l'homme marié qui gagne le même montant peut payer plus. Cependant, en étudiant les dispositions du bill, nous constatons que l'homme marié doit payer au taux de 3.7 p. 100 tandis que le célibataire paye au taux de 3 p. 100.

De plus, on semble causer une autre injustice à l'homme marié qui a des enfants au-dessus de 16 ans à sa charge. (Les contributions des enfants au-dessous de 16 ans sont payées par le gouvernement). Faire payer \$78 et \$104 à des familles ayant quatre enfants plus âgés semble tout à fait injuste. C'est imposer une amende directe et lourde sur les familles qui essayent de faire instruire leurs enfants convenablement en les envoyant dans une école secondaire, dans un collège commercial ou à l'université. Il faudrait assurément corriger cette injustice.

Dans le rapport Marsh, les chiffres sur le revenu présentés au chapitre 3 indiquent qu'un tiers des salariés des villes qui sont chefs de familles, ont des revenus bien inférieurs au niveau minimum indispensable au maintien de la décence et de la santé. C'est là un cortège imposant de familles canadiennes qui sont classées dans la catégorie des petits revenus. Elles méritent certainement d'être aidées et non punies par l'établissement d'un plan contributif.

Ces anomalies, de même que les taux différents pour les diverses classes et le système compliqué en vertu duquel les patrons et les provinces payent leurs contributions, produisent de la confusion et entachent d'une injustice évidente tout le système contributif. Nous sommes d'avis, par conséquent, que célibataires et personnes mariées devraient payer une contribution uniforme de 3 p. 100 jusqu'au maximum de \$833 par année. A ce point, le célibataire aurait payé sa prime de \$26 en entier et s'arrêterait là. Dans le cas d'un homme marié, cependant, on pourrait s'attendre qu'il paye 3.7 p. 100 de son revenu dépassant \$833, jusqu'au chiffre maximum, alors qu'il atteindra la prime totale de \$52 fixée pour un couple marié. Ce principe, appliqué à tout le domaine familial, diminuerait légèrement le fardeau des couples mariés qui ont des enfants au-dessus de 16 ans à leur charge.

Le manquant pour les dépendants devrait être comblé, en premier lieu, par des contributions provenant de sources gouvernementales, par exemple des impôts perçus sur la base de la capacité de paiement. A notre sens, ce serait là un arrangement plus simple, plus compréhensible et plus équitable que celui qui est maintenant proposé.

4. La forme des commissions administratives devrait être modifiée

(a) Administration nationale.—L'administration nationale est confiée au ministre des Pensions et de la Santé nationale, bénéficiant des avis du Conseil national de l'assurance-santé. Le Conseil représente les administrations provinciales et les groupes professionnels. Ses pouvoirs et ses devoirs, cependant, ne sont pas définis, et il peut bien ne se réunir qu'une fois l'an. Nous ne croyons pas que l'administration tout entière doivent reposer exclusivement sur les membres de la profession médicale. Nous croyons que des organismes de ce genre doivent comprendre une vaste représentation. En conséquence, nous prétendons ce qui suit:

1. Le Conseil national de l'assurance-santé devrait être modifié de façon à inclure des représentants de divers groupes—dentistes, pharmaciens, gardes-malades, auxiliaires sociaux; cultivateurs, membres des syndicats ouvriers, et simples cityoens; et particulièrement les assurés, pour qui les services sanitaires sont destinés et qui, peut-être plus qu'un autre groupe, ont droit à être représentés dans les organismes chargés d'élaborer le programme.

2. Le Conseil national, ainsi modifié, servirait de conseil consultatif auprès du ministre de la Santé, et toutes les questions majeures seraient transmises au Conseil, qui les soumettrait à son tour au ministre pour étude et recommandation.

3. Conformément à son statut et à son importance, le Conseil national devrait se réunir au moins trimestriellement.

(b) Administration provinciale.—L'administration provinciale est confiée à une commission du même genre. Une partie importante du travail administratif doit s'accomplir sur le plan provincial, et nous croyons qu'un organisme de ce genre serait assez difficile à manier et peu efficace. Nous croyons que la proposition concernant les sous-ministres de la Santé est meilleure—c'est-à-dire que l'administration provinciale serait confiée à un directeur de l'assurance-santé relevant du sous-ministre de la Santé, ou, à défaut de cela, à une commission de trois membres. Dans un cas ou dans l'autre, il faudrait créer un conseil consultatif provincial représentatif, que le directeur de la commission pourrait consulter au besoin. Ce conseil devrait comprendre également une nombreuse représentation profane.

(c) Administration locale.—L'administration, sur le plan fédéral et sur le plan provincial, est importante pour ce qui s'agit de la conception et de l'élaboration du programme. Mais l'administration quotidienne de tout plan d'hygiène ou de bien-être appartient au domaine local—cité, ville ou comté; c'est là que les besoins humains sont secourus. La partie concrète de l'administration est très concrète à ce niveau. Par conséquent, il y aurait égale nécessité de créer des conseils consultatifs locaux, adjoints au fonctionnaire local de la Santé. Des comités locaux de ce genre, comprenant un groupe de profanes intéressés, peuvent aider d'une manière appréciable à l'efficacité de l'administration locale et tenir celle-ci en éveil quant aux besoins changeants de la collectivité.

5. Le revenu familial, lorsqu'un salarié est malade, devrait être maintenu en vertu d'un plan national d'assurance sociale.

Le but des prestations en espèces de l'assurance sociale est le maintien du revenu familial,—afin de prévenir un niveau de vie trop bas et d'empêcher les familles de tomber dans la destitution. La famille, dont celui qui est le gagne-pain est malade présentement, souffre à un double point de vue: son revenu s'arrête et, en même temps, ses dépenses augmentent du fait qu'il lui faut pourvoir aux soins médicaux. Des responsabilités et des peines accrues retombent sur l'épouse et la mère, et la désorganisation de la famille tend à s'ensuivre. D'après le plan proposé, les soins médicaux seraient fournis, mais ce plan ne pourvoit pas au maintien du revenu, si nécessaire à la sécurité familiale en temps de maladie.

Le maintien du revenu, c'est la fonction propre d'un plan national d'assurance sociale,—ainsi que le reconnaît le rapport Marsh. Le rapport Rowell-Sirois disait que la perception et le versement des prestations-maladie pourraient être faits par la Commission d'assurance-chômage, si l'on donnait plus d'expansion à celle-ci. Si cette commission était modifiée de manière à devenir la commission nationale d'assurance-sociale, comme le propose le rapport Marsh, les prestations-maladie et autres seraient comprises dans le projet national.

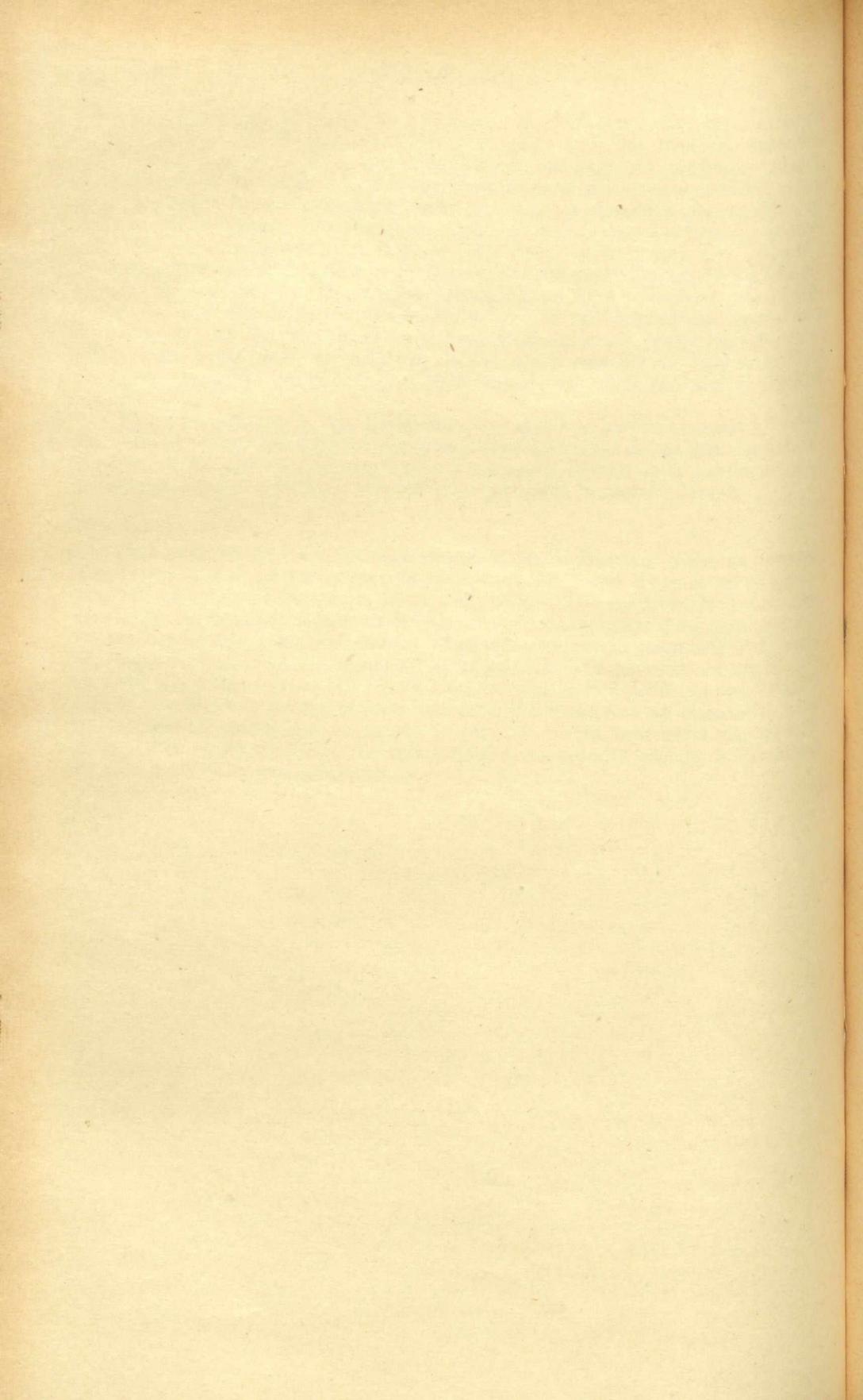
Nous désirons souligner un cas particulier où le besoin de prestations en espèces se fait sentir: c'est celui des personnes qui sont maintenant protégées par l'assurance-chômage. Ces personnes retireront des bénéfiques en espèces (à peu près la moitié de leur salaire normal) quand elles seront sans emploi, mais

capables de travailler et disposées à le faire. Si, cependant alors qu'elles reçoivent les indemnités de chômage, elles sont temporairement rendues incapables de travailler par la maladie, leur indemnité de chômage est suspendue pour le temps que dure cette maladie. Elles se trouvent donc sans revenu familial, même si ce sont des personnes assurées et bien qu'elles aient alors bien plus besoin d'un revenu qu'auparavant. Ces personnes jugeront cette discontinuation des indemnités difficile à comprendre et injuste. Nul doute qu'il y aura des demandes instantes pour la continuation du paiement des indemnités pendant ces courtes périodes de maladie—de fait pour des prestations-maladie en espèces. Nous proposons qu'une telle situation soit prévenue et que des dispositions immédiates soient prises pour l'attribution d'une indemnité de ce genre. Cette lacune, maladroite mais importante, ne constitue qu'une autre exemple de l'absence d'une conception complète lorsqu'il s'agit d'élaborer un programme national de sécurité sociale.

Nous recommandons, par conséquent, que soit mis immédiatement à l'étude un plan pourvoyant au maintien du revenu familial en cas de maladie du salarié. L'adoption des dispositions nécessaires à cet égard devrait faire partie du plan national d'assurance sociale,—comme le recommande le rapport Marsh.

Conclusion

En terminant, la Canadian Association of Social Workers désire de nouveau exprimer sa joie de ce que la santé nationale ait fait l'objet d'une étude si intelligente et qu'un si bon projet en ait résulté. Elle estime malheureux, cependant, que la loi de l'assurance-santé ait été conçue indépendamment d'un plan national de sécurité sociale, dont elle devrait constituer une partie essentielle. A cause du rapport qui existe nécessairement entre les mesures concernant la santé et la sécurité, notre Association fait sienne l'opinion exprimée dans le rapport Marsh: qu'une coordination étroite de tous les plans d'organisation est essentielle. Les lois d'assurance-santé qui en seront le résultat deviendront alors partie intégrante d'un projet vraiment national et efficace de sécurité sociale, à l'avantage de chacun des citoyens canadiens.



SESSION DE 1944
CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL
DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAL ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 8

SÉANCE DU MARDI 2 MAI 1944

TÉMOINS :

- Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. A. D. Watson, actuàire, Département des assurances;
- M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1944

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARY

COMITE FEDERAL

DE LA

SECURITE SOCIALE

PROCES-VERBAL DE LA REUNION

LE 15 MARS 1966

REUNION EN PLEIN

ORDRE DU JOUR

1. Rapport de la Commission d'enquête sur le régime de la Sécurité sociale (1965-1966)

2. Rapport de la Commission d'enquête sur le régime de la Sécurité sociale (1965-1966)

3. Rapport de la Commission d'enquête sur le régime de la Sécurité sociale (1965-1966)

4. Rapport de la Commission d'enquête sur le régime de la Sécurité sociale (1965-1966)

5. Rapport de la Commission d'enquête sur le régime de la Sécurité sociale (1965-1966)

Adopté par le Comité fédéral de la Sécurité sociale le 15 mars 1966.

Le Secrétaire général, J. G. B. [Signature]

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 2 mai 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Blanchette, Bourget, Bruce, Côté, Donnelly, Gershaw, Gregory, Hatfield, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lalonde, Leclerc, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, McIvor, Maybank, Nicholson, Veniot et Wright—23.

Sont aussi présents:

- Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé publique;
- M. A. D. Watson, actuaire en chef, Département des assurances;
- M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;
- M. J. C. Howes, du personnel des recherches, Banque du Canada;
- M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'Impôt sur le revenu;
- M. J. C. Brady, directeur de la statistique des institutions, Bureau fédéral de la statistique;
- M. J. T. Marshall, directeur des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique.

L'honorable M. Bruce exprime le désir de réfuter certaines allégations faites par M. Fulton à la séance précédente. Après discussion, il est acquisé à ce désir.

Le Comité procède ensuite à l'étude de l'avant-projet de Loi sur l'assurance-santé.

Les témoins suivants sont appelés, interrogés puis se retirent:

Le Dr J. J. Heagerty, MM. Gunn, Watson et Bryce.

Clause 1, adoptée.

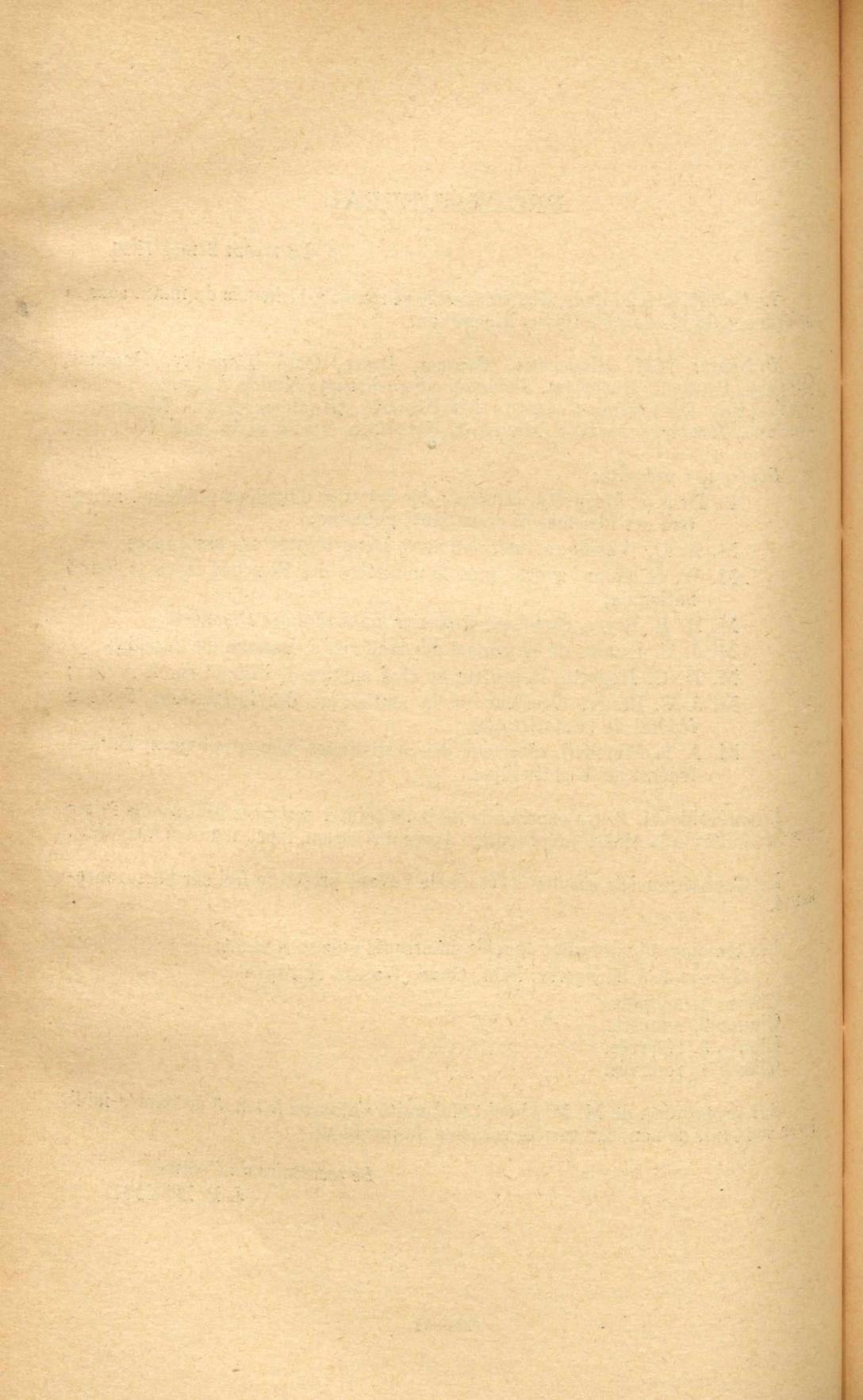
Clause 2, adoptée.

Clause 3, réservée.

Clause 4, réservée.

Sur proposition de M. Maybank, le Comité s'ajourne à 1 h. 5 de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.



TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 2 mai 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Le PRÉSIDENT: A la dernière séance, M. Gunn a été prié de rédiger, à l'égard des exemptions, une clause qui pourrait être satisfaisante. Il a été aussi proposé qu'il consulte le comité consultatif de l'assurance-santé, ce qu'il a fait. Il n'y a pas d'unanimité à l'endroit de cette clause. Le comité consultatif de l'assurance-santé en a rédigé une autre qui a été soumise au ministère de la Justice. En conséquence, je suggère que nous n'abordions pas aujourd'hui l'étude de cette clause, car une des deux versions n'est pas disponible. Je propose plutôt que nous étudions le bill en laissant de côté pour plus tard les questions litigieuses. Si nous abordons le bill aujourd'hui, nous pourrions en adopter quelques articles tout en remettant à plus tard la discussion sur les dispositions litigieuses. Si nous procédons ainsi, je propose à titre de président que les délibérations aient lieu à huis clos. C'est la coutume. Quel est l'avis du Comité?

L'hon. M. BRUCE: Monsieur le président, la haute estime que j'ai pour vous me rend pénible l'obligation dans laquelle je me vois de ne pas admettre votre décision.

Le PRÉSIDENT: Il ne s'agit pas d'une décision mais d'une proposition.

L'hon. M. BRUCE: A mon sens, il s'est élevé à la dernière séance des questions qu'il faudrait élucider ici même. Je me reporte à la décision que vous avez rendue lorsque, selon vos propres paroles, vous avez refusé toute discussion en séance publique sur les traitements de la *Christian Science* et dit que cette question devait être étudiée à huis clos. Devant cette attitude, je me suis tu, mais je me hasarde aujourd'hui à m'inscrire en faux contre cette décision pour les raisons que voici. M. Fulton, le représentant de la *Christian Science*, présentait un mémoire l'an dernier. Il en a présenté un autre à la dernière séance et l'a complété par une argumentation orale exposant les doctrines de la *Christian Science*. Nombre de ces arguments sont discutables, et il y en a beaucoup que je n'accepterais pas. Comme la séance était publique, et que ses énonciations ont eu assez de retentissement, je devrais, ce me semble, avoir l'occasion de discuter publiquement ce qu'il a exposé ici. Pour moi, ce n'est pas une question à discuter à huis clos ou en séance secrète, et j'espère, monsieur le président, que vous échapperez à la contagion du secret que nous avons constatée ailleurs, alors qu'il fallait étudier certaines questions à huis clos, ou qu'il était décidé de les étudier en secret.

Le PRÉSIDENT: Je suis immunisé contre le microbe.

L'hon. M. BRUCE: Je suis heureux de l'apprendre.

M. DONNELLY: Certaines délibérations doivent avoir lieu à huis clos.

Le PRÉSIDENT: Dans le sens qui nous occupe, oui.

L'hon. M. BRUCE: De plus, on demande au Comité d'approuver l'octroi de prestations à une confession religieuse pour la pratique de la médecine. On nous demande de prononcer le diagnostic et de remettre ensuite les cas aux praticiens du culte. Ceux-ci n'ont pas besoin de diagnostic pour leurs traitements; c'est tout simplement pour se protéger, ou comme M. Fulton le disait, pour protéger le

gouvernement contre les imputations pour services pouvant être jugés inappropriés. Autrement dit, les praticiens veulent être sûrs que le patient est malade et requiert des soins.

Je suppose qu'en notre qualité de membres du Parlement, nous sommes ici pour sauvegarder les deniers publics. Une somme considérable de ces deniers sera mise à la disposition de ceux qui appliqueront la Loi d'assurance-santé; ces fonds proviendront du gouvernement fédéral et, en somme, de la bourse du contribuable. Dans ce cas, je soutiens qu'il est légitime, et c'est même un devoir pour nous, de protéger les contribuables contre la fraude, pourrais-je dire, et contre les débours d'argent pour un traitement sans valeur, de l'avis de quelques-uns d'entre nous. Donc, monsieur le président, je soutiens qu'il convient d'étudier ici, en public, les représentations que tout autre membre du Comité ou moi-même désirons formuler officiellement à l'endroit du bien-fondé de certaines prétentions, ainsi qu'à l'égard de la question de savoir si nous serions justifiés de recommander l'emploi des deniers publics aux fins déjà citées.

En conséquence, je demanderai la permission de poursuivre mes observations, qui sont le fruit de plus de trente-cinq ans d'expérience dans la pratique de la chirurgie. Durant ma carrière, je me suis trouvé en contact avec nombre de soi-disant guérisseurs de la *Christian Science*. Je vois que M. Fulton emploie maintenant le mot praticiens. Je tiens à faire quelques observations basées non seulement sur ma propre expérience, mais sur les écrits concernant le travail de ces guérisseurs, écrits que j'ai pris la peine de consulter et qui exposent les résultats de la liberté de pratique qui leur est accordée aux Etats-Unis.

M. JOHNSTON: Entreprenons-nous ce débat dès maintenant?

Le PRÉSIDENT: Non, j'attends que le Dr Bruce ait fini ses observations préliminaires. Il proteste contre la décision présidentielle rendue à la dernière séance.

L'hon. M. BRUCE: Outre ma propre expérience, dont je parlerai tout à l'heure, je voudrais signaler un ouvrage publié par Fleming H. Revell and Company, New-York, Chicago, Londres et Edimbourg, intitulé "The Faith, Falsity and Failure of Christian Science. L'auteur, Woodbridge Riley, D. Ph., membre de l'*American Psychological Association*, et chargé de cours à la Sorbonne en 1920, a également écrit: "American Thought from Puritanism to Pragmatism".

M. JOHNSTON: Je soulève un point d'ordre, monsieur le président. A mon sens, le Dr Bruce ne se contente pas d'en appeler de votre décision. Si nous permettons à de telles observations de figurer au compte rendu, elles exigeront sûrement une réponse car, pour ma part, je m'inscris immédiatement en faux contre quelques-unes.

Le PRÉSIDENT: Ma décision, à la dernière séance, se basait sur certaines convictions. A cet égard, notre Comité devra accomplir deux choses avant de disposer définitivement du bill. Tout d'abord, nous devons déterminer ceux qui seront exemptés de ses dispositions. Des individus ou groupes seront-ils exemptés? Nous avons décidé qu'il nous faudra désigner ces groupes. La question de soustraire à l'application de la loi le traitement *Christian Scientist* ou quelque autre forme de traitement n'a pas encore été décidée. Nous en parlerons lorsque nous serons rendus, dans la Deuxième Annexe, à l'article 10, qui vise les prestations. La dernière fois, j'ai exprimé ma conviction qu'il ne convenait pas de discuter ici les mérites des diverses formes de traitement. Il ne faut pas transformer le Comité en clinique ou en lieu de discussions sur les pratiques médicales. Les débats n'auraient pas de fin. De deux choses l'une: abandonnons l'étude du bill en donnant pour raison que des divergences d'opinion, qui ne devraient pas exister, nous en empêchent, ou alors poursuivons. Le Comité doit décider et assumer la responsabilité de ses décisions. Je suis toujours d'avis que nous ne pouvons pas discuter les pratiques et méthodes médicales en séance publique. Si nous voulons les discuter à huis clos, que le Comité en décide. Telle est ma décision.

M. MAYBANK: Monsieur le président, si je me trompe, qu'on me le dise, mais j'ai compris qu'à la fin de la dernière séance, nous avons provisoirement établi une modification à la loi selon laquelle la question maintenant soulevée par le Dr Bruce appartenait au domaine provincial.

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. MAYBANK: Ce n'est donc pas de notre ressort. C'est là, à mon sens, l'attitude adoptée à la dernière séance. Nous avons demandé à M. Gunn de préparer un projet de clause à insérer dans la loi. Je puis me tromper, mais c'est ce que j'ai compris. Il me semblait qu'en établissant clairement ce problème relève des provinces plutôt que du Dominion, nous éviterions justement la discussion que notre collègue a entamée ce matin. Dans ce cas, nous pourrions être saisis de la modification projetée afin d'en disposer.

Le PRÉSIDENT: Ce n'est pas possible parce que nous ne l'avons pas dans le moment. Le Comité doit être saisi de deux modifications, mais l'une d'elles a été soumise au ministère de la Justice pour étude, et nous ne l'aurons pas aujourd'hui. C'est pourquoi je suggérais, au début de la séance, que cette question litigieuse fût remise à plus tard.

M. MAYBANK: Je ne formule pas d'objections. Je tente simplement de rappeler à tous nos collègues que nous avons pris cette décision.

Le PRÉSIDENT: C'est exact.

M. MAYBANK: Franchement, cela ne nous regarde pas du tout. Nous n'avons pas à nous occuper si un malade est guéri par la foi et la prière ou par des pilules.

M. DONNELLY: Si cette modification à la loi n'est pas disponible aujourd'hui, je propose que nous commencions l'étude du bill dans sa forme présente.

Le PRÉSIDENT: Les dispositions non litigieuses.

M. DONNELLY: En tout cas, nous pouvons procéder ainsi jusqu'à ce que la modification que nous voulons apporter à la loi nous parvienne du ministère de la Justice.

M. McIVOR: Monsieur le président, j'appuie la proposition. A mon sens, tous nos collègues veulent se montrer impartiaux. Vous le voulez et moi aussi, qu'il s'agisse de *Christian Science* ou de quoi ce soit d'autre. Mais le docteur a nui à sa cause en disant: "Quelques-uns d'entre nous jugent ce traitement sans valeur." Cela peut être son avis.

Le PRÉSIDENT: A l'ordre.

M. MAYBANK: Vous reprenez le débat.

Le PRÉSIDENT: Vous vous écarterez un peu du sujet.

M. MAYBANK: Je soulève un point d'ordre, monsieur le président. L'éminent ecclésiastique suit l'éminent médecin dans la mauvaise voie. Ils sont tous deux hors d'ordre. Vous ne prenez pas cela au sérieux, docteur Bruce.

L'hon. M. BRUCE: Réellement, je ne crois pas que cela mérite réponse. Je tiens à signaler ceci, monsieur le président. Vous avez dit que nous ne pouvions pas discuter les pratiques médicales. Ce n'est pas mon intention.

Le PRÉSIDENT: Ce n'est pas de mise en séance publique.

L'hon. M. BRUCE: Vous dites que cela ne doit pas se discuter en séance publique. Je ne me propose pas de discuter les pratiques médicales, loin de là. Ce ne sont pas des pratiques médicales.

Le PRÉSIDENT: Ce sont des pratiques de guérison.

L'hon. M. BRUCE: Peu importe. Ce n'est même pas cela en ce qui concerne certaines maladies. J'aimerais répondre à cela. Je me demande comment certains de nos collègues, qui désirent si vivement éviter la discussion sur ce point, considéreraient la situation de l'enfant ou de l'adolescent atteint de méningite cérébro-spinale.

M. JOHNSTON: A l'ordre, monsieur le président.

M. DONNELLY: Nous n'en finirons jamais.

L'hon. M. BRUCE: Si l'on laisse la maladie s'aggraver au delà d'un certain point...

Le PRÉSIDENT: A l'ordre. Je vais mettre la motion de M. Donnelly aux voix.

L'hon. M. BRUCE: Très bien, je me contenterai de dire ceci: s'il ne m'est pas permis de discuter l'allégation faite par M. Fulton à la dernière séance, et si vous décidez que le débat doit avoir lieu en séance secrète, à huis clos, je me retirerai du Comité parce que je considérerai avoir cessé d'y jouer un rôle utile.

L'hon. M. MACKENZIE: Un mot, je vous prie. A mon avis, monsieur le président, votre décision est en tous points appropriée, mais j'admets aussi le point de vue du Dr Bruce. Je crois que nous avons erré gravement en accueillant de nouveaux témoignages à la dernière séance. Nous n'aurions pas dû en entendre. D'après ma longue expérience du travail de comité, je dirais que selon la coutume établie, quand un comité a fini d'entendre tous les témoignages utiles, il délibère alors en particulier, mais pas nécessairement à huis clos. Il tient simplement des séances délibératives pour étudier les mesures soumises, article par article. C'est ce qui s'est produit dans le cas de l'assurance-chômage et autres mesures; la coutume est établie depuis nombre d'années. Je comprends l'attitude du Dr Bruce. Certaines allégations ayant été avancées, il y veut répondre du point de vue professionnel. Je comprends cela. Mais je déclare que si nous voulons aboutir à quelque chose, nous devons dès maintenant cesser d'entendre les témoignages et procéder à la discussion du bill, article par article.

L'hon. M. BRUCE: En réponse, monsieur le président, j'ai siégé auprès de comités qui étudiaient des règlements à huis clos. Il n'est pas possible d'y entamer une discussion comme celle que je me propose d'entreprendre ici. M. Fulton a formulé certaines allégations auxquelles il faudrait, ce me semble, répondre ici même. J'en citerai une en particulier, qui ne concerne aucunement les traitements curatifs; le président me le permettra sans doute.

Le PRÉSIDENT: Oui.

L'hon. M. BRUCE: M. Fulton a avancé ce qui suit:

Je représente la *Christian Science* dans l'Ontario depuis bientôt quinze ans, et je puis vous dire que jamais, depuis vingt-cinq ans, un *Christian Scientist* n'a été traduit en justice pour avoir négligé son enfant.

Cette allégation est erronée, monsieur le président. Permettez-moi de vous renvoyer à la page 451 des *Dominion Law Reports*, volume 3, 1925, cause Rex contre Elder. Je n'ai pas besoin de lire tout le texte ici.

M. MAYBANK: Monsieur le président, les dates citées prouvent que le Dr Bruce est dans l'erreur. Apparemment, il traite d'une période de quinze années et voilà qu'il nous cite un rapport judiciaire de 1925; il y a donc plus de quinze années écoulées.

L'hon. M. BRUCE: Pardon, je me confine à la période citée, à une année près.

M. MAYBANK: Ah! oui, je m'excuse. Il est en effet question de vingt-cinq ans.

L'hon. M. BRUCE: Soyez juste. Je ne suis pas avocat.

L'hon. M. MACKENZIE: Vous êtes juste à la limite.

L'hon. M. BRUCE: Je veux m'en tenir à l'exactitude, voilà tout. En résumé, il s'agit d'une poursuite contre des parents *Christian Scientists* dont la fillette, Doréen, était tombée malade.

M. LALONDE: Dans quelle province la cause a-t-elle pris naissance?

L'hon. M. BRUCE: Au Manitoba, je crois. M. Maybank vient de cette province-là, et il est peut-être au courant de la cause. Elle était plaidée devant le juge en chef Perdue. La fillette, Doreen Watson, était âgée de douze ans et demi; ses parents étaient des *Christian Scientists*. Ils avaient appelé le guérisseur de leur religion, un nommé Elder, qui traita la malade depuis le 5 novembre. Plus tard, le mardi 11 novembre, le Dr Fraser était appelé et voici ce qu'il dit de la condition de l'enfant:

Ses narines complètement obstruées rendaient impossible toute respiration par le nez. Les lèvres et la bouche étaient sèches et gercées. Des narines, rouges et irritées, suppurait un liquide irritant, et l'haleine était fétide. Les glandes de chaque côté du cou, sous la mâchoire, étaient enflées et saillantes. Les deux amygdales étaient couvertes d'une membrane grise épaisse, qui s'étendait jusqu'à l'ovule et aux cavités nasales. Les parties de la gorge non recouvertes de la membrane étaient rouges et enflammées.

Ayant opéré un prélèvement, le médecin constata la diphtérie. Plus tard, M. Elder abandonna le cas ou le confia à un autre guérisseur du nom de Robb. En fin de compte, la malade succomba.

M. JOHNSTON: Est-il déjà arrivé à notre collègue de voir de ses clients succomber à la maladie?

L'hon. M. BRUCE: Cela ne se rapporte pas du tout à ce que je dis.

M. JOHNSTON: Je soutiens que oui, monsieur le président.

L'hon. M. BRUCE: Je vous demande pardon. Cela ne se rapporte pas à la cause que je cite.

M. JOHNSTON: Je parierais que notre collègue a été témoin, durant sa propre carrière, de circonstances où pareils résultats auraient pu se produire.

L'hon. M. BRUCE: La malade n'aurait pas succombé si l'antitoxine lui avait été administrée à l'époque où le guérisseur la soignait. A cause des doctrines de la *Christian Science*, le traitement spécifique approprié lui a été refusé.

M. McIVOR: Pour moi, tous les médecins ici présents diront qu'à un moment donné, ils n'ont pas compris au juste les effets de leurs traitements. J'ai vu des médecins se désespérer de ne pouvoir sauver leurs malades. Je crois l'intervention pertinente.

Le PRÉSIDENT: Vous voyez ce que je voulais dire en parlant de "discussion sans fin".

M. DONNELLY: Et inutile.

L'hon. M. BRUCE: Je demande la permission de terminer. Comme je le disais tantôt, la cause a été plaidée au Manitoba, à Winnipeg je présume. La poursuite a été renvoyée faute de preuves de la complicité du guérisseur. Une accusation d'homicide involontaire avait été portée. Le rapport cite nombre d'autres causes, mais je n'ennuierai pas le Comité à les énumérer. On les trouvera dans ce volume-ci.

J'aimerais commenter un point que soulevait M. Slaght à la dernière séance. M. Slaght, comme M. Fulton, a mentionné l'article 241 du Code criminel qui oblige à fournir les nécessités de l'existence et qui impose des sanctions à ceux qui le négligent. Les tribunaux ont jugé que les soins médicaux se rangent dans les nécessités prévues par cet article. Les parents ou autres personnes qui négligent de fournir les soins médicaux aux personnes à leur charge sont coupables de négligence criminelle; est également coupable quiconque conseille ou aide à commettre cette infraction.

M. Roebuck, qui a comparu devant le Comité, nous a dit qu'il avait été pendant vingt-cinq ans le conseiller et l'avocat de la *Christian Science*. Je dois dire que les *Christian Scientists* ont bien soin d'é luder cet article du Code criminel.

Voici comment. Si un malade est gravement atteint, et apparemment à la dernière extrémité, un médecin est appelé pour signer le certificat de décès. S'il y a un certificat de décès, l'affaire ne vient pas à la connaissance des autorités pénales. Voilà comment on s'y prend pour éviter la responsabilité prévue par la loi.

M. JOHNSTON: Mais le médecin qui signe pareil certificat est aussi responsable.

L'hon. M. BRUCE: Ma foi, oui. Pour ma part, je crois que le médecin qui est appelé à la toute dernière minute et qui signe un certificat de décès dans les circonstances que je viens d'énumérer, agit incorrectement.

M. McCANN: Excusez-moi, docteur Bruce, mais n'est-il pas coutume—je sais que ce l'est en Ontario—n'est-il pas coutume, dis-je, de saisir le coroner de la cause? Après investigations ou enquête publique, ce dernier signe alors le certificat.

L'hon. M. BRUCE: Le registraire du Collège des médecins et chirurgiens d'Ontario m'informe que l'affaire n'est pas nécessairement déferée au coroner. Pour éviter cela, on recourt au moyen que je viens de décrire.

Je ne tiens pas à poursuivre sur ce point. Si la décision du président est bien comme il l'a mentionné tantôt, et je présume avoir bien compris, je n'ai plus de rôle utile à jouer ici et je vais me retirer.

Le PRÉSIDENT: Mais non.

M. MAYBANK: Puis-je ajouter un mot?

Le PRÉSIDENT: Un instant, je vous prie. Que désirez-vous, docteur Bruce?

L'hon. M. BRUCE: Pardon, monsieur le président?

Le PRÉSIDENT: Que désirez-vous au juste?

L'hon. M. BRUCE: Je désire communiquer au Comité certaines informations que ma qualité de médecin m'a permis de recueillir au cours d'une longue période d'années. Ces informations aideraient le Comité à se prononcer sur la question de savoir s'il permettra la dépense de deniers publics en faveur des guérisseurs de la *Christian Science* autorisés à pratiquer en vertu de la loi à l'étude. Voilà pour un. Ensuite, je désire citer des extraits du livre dont je parlais, qui a été rédigé à la suite d'une enquête de plusieurs années conduite par quelques sommités américaines. J'ai déjà mentionné le Dr Riley, D.Ph., qui avait comme collaborateurs Frederick W. Peabody, LL.B., du Barreau du Massachusetts, et Charles E. Humiston, M.D., D.Sc., professeur de chirurgie à la Faculté de médecine, Université de l'Illinois. Je puis citer au Comité, en quelques mots, le préambule et les conclusions de cet ouvrage.

Le PRÉSIDENT: Etes-vous disposé à le faire à huis clos, docteur Bruce?

L'hon. M. BRUCE: Non, pas du tout. Je tiens à ce que mes observations reçoivent autant de publicité que les assertions du représentant de la *Christian Science* quand il revendiquait le droit de soigner les malades en vertu de la loi.

Le PRÉSIDENT: Autrement dit, vous voulez mettre en doute la déposition du dernier témoin.

L'hon. M. BRUCE: Je révoque en doute les allégations avancées par le témoin qui a comparu ici.

M. DONNELLY: Puis-je poser une question? A l'heure actuelle, la province d'Ontario reconnaît-elle les *Christian Scientists*?

L'hon. M. BRUCE: Ils ont la permission de pratiquer, mais ils ne sont pas rétribués à même les deniers publics.

M. DONNELLY: Sont-ils reconnus par l'Ontario? Ont-ils le droit de pratiquer?

L'hon. M. BRUCE: Oui, ils ont ce droit. Ils pratiquent leur art, mais ils ne reçoivent pas un sou des deniers publics. Je m'oppose à ce qu'ils soient ainsi

rétribués. Si un particulier veut payer un guérisseur pour de soi-disant traitements, très bien, c'est son droit; mais je m'oppose à ce que les fonds publics servent à cette fin.

M. NICHOLSON: Sont-ils rétribués en vertu de la Loi des accidents du travail?

L'hon. M. BRUCE: Non, pas du tout.

Le PRÉSIDENT: Docteur Bruce, combien vous faudrait-il de temps pour votre exposé?

L'hon. M. BRUCE: De dix à douze minutes, je crois.

Le PRÉSIDENT: En ce cas, je vais le permettre, mais il est bien entendu que la série des témoignages se clôt avec la déposition rendue par M. Fulton à la dernière séance. Après cela, nous étudierons le bill à huis clos.

M. JOHNSTON: Monsieur le président, votre décision signifie-t-elle que vous permettrez au Dr Bruce de faire une déclaration qui restera sans réponse, et qu'ensuite l'affaire sera close? Sûrement, j'ai mal compris.

Le PRÉSIDENT: Je permets au Dr Bruce de réfuter certaines assertions du dernier témoin. Il en a déjà réfuté une couple. Mais après sa déclaration, la série des témoignages sera close. Cela n'empêchera pas la discussion.

M. JOHNSTON: Permettez-vous au Dr Bruce de discuter les pratiques médicales ou curatives de la *Christian Science*? L'entière question sera ainsi remise sur le tapis.

Le PRÉSIDENT: Je permets au Dr Bruce de revenir sur certaines allégations contenues dans un mémoire supplémentaire.

M. JOHNSTON: Je m'oppose énergiquement à cela, monsieur le président. Je trouve le procédé des plus injustes.

M. MAYBANK: Monsieur le président, je fais respectueusement observer qu'il est imprudent de rouvrir l'incident, parce que nous n'en verrons jamais la fin. Pour ma part, j'aimerais entendre l'exposé du Dr Bruce; ce serait instructif. Mais puisqu'il semble me ranger parmi les champions de la *Christian Science* contre la médecine, qu'il me soit permis de lui dire qu'il se trompe. J'ai insisté sur le point simplement parce qu'à mon avis, la question relève des provinces. Selon le Dr Bruce, on nous demande d'approuver l'octroi de prestations à une secte. Je trouve que c'est une conception erronée; c'est sûrement une fausse conception de mon attitude. Je soutiens simplement que nous ne devons pas nous mêler de cela parce que cela ne nous regarde pas. Je ne suis pas un champion de la *Christian Science*; j'ai plutôt partagé l'avis du Dr Bruce sur ces questions.

Le PRÉSIDENT: Le Dr Bruce demande au Comité dix minutes pour réfuter certaines assertions qu'il juge erronées.

M. MAYBANK: Naturellement, cela ne m'empêcherait pas...

M. LALONDE: M. Maybank dit que cela ne nous regarde pas. Il a raison. Je me demande moi-même s'il est prudent de laisser les provinces appliquer une loi que le gouvernement fédéral adoptera à toutes sortes d'associations ou groupes de guérisseurs. Je ne dirais pas associations médicales dans ce cas-là.

Le PRÉSIDENT: N'est-ce pas là leur droit établi?

M. LALONDE: A mon sens, il nous incombe de mettre un certain frein à la dépenses des deniers fédéraux. Mais nous nous débattons dans une situation difficile. M. Fulton a fait une déclaration publique devant notre Comité et je conçois que le Dr Bruce veuille y répondre de même. Je serais de son avis, mais le terrain est bien glissant; nous abordons des questions religieuses. Je ne suis pas un *Christian Scientist*, mais je puis bien dire que nous, de la religion catholique, croyons aux pouvoirs curatifs de la prière et que nous prions Dieu d'aider les humains. Si nous permettons aux *Christian Scientists* de réclamer le droit d'être

rétribués à même les fonds fédéraux, je ne vois pas pourquoi nos religieuses, ou le frère André, de Montréal, ou les membres de quelque autre ordre religieux n'auraient pas ce droit eux aussi.

M. MAYBANK: Certes.

M. LALONDE: Voilà comment je comprends la situation. Je ne veux pas faire d'obstruction. Les énonciations du Dr Bruce m'ont fort impressionné et je veux être juste envers M. Fulton et tous ceux qui s'adressent à notre Comité. Toutefois, j'appuie la décision présidentielle à l'égard de la discussion à huis clos, car nous nous aventurons sur un terrain très glissant. Dans les circonstances, je demande au Dr Bruce d'accepter cette décision en tout esprit d'impartialité. Plus tard, il pourra faire, pour le compte rendu, une déclaration publique exposant les motifs de son opposition aux demandes de M. Fulton. Nous sommes dans une situation très difficile à ce sujet parce qu'il s'agit de questions religieuses.

M. JOHNSTON: Monsieur le président, je demande justice. Vous remarquerez que le Dr Bruce a déclaré poursuivre deux objectifs principaux, dont l'un est la publicité. Il veut que ses déclarations aient la même publicité que celles de M. Fulton. Sûrement, notre Comité ne recherche pas la publicité; pour ma part je n'y tiens pas du tout.

Comme second objectif, le Dr Bruce s'est proposé d'insister sur le fait que les *Christian Scientists* pourraient être payés à même les deniers publics. J'en déduis qu'il veut réserver à la profession médicale la rémunération à même les deniers publics prévue au bill. Voilà ses deux principaux objectifs selon ses propres paroles. Je m'oppose énergiquement à ce qu'il lui soit permis de discuter les pratiques des *Christian Scientists*; il ne les connaît pas plus qu'un *Christian Scientist* ne connaît les pratiques médicales. Je m'opposerais de même à ce que M. Fulton discute ici les pratiques médicales, car je lui récuserais toute compétence en la matière. L'objection correspondante s'applique au Dr Bruce. Nous devons traiter cette question avec prudence.

Le PRÉSIDENT: Le Dr Bruce veut réfuter les assertions faites par un témoin parce que, d'après ses connaissances, il les croit contraires aux faits, et il demande dix minutes pour cela. Je ne crois pas qu'il s'agisse de publicité mais bien de présenter au public deux côtés d'une question controversable.

M. LECLERC: Monsieur le président, cette modification visera-t-elle tous les autres guérisseurs? Nous ne pouvons pas traiter les *Christian Scientists* différemment des chiropraticiens et autres guérisseurs. Pour ma part, je n'ai pas une confiance illimitée en la médecine, mais j'ai confiance en les médecins à cause de leurs études. La modification visera-t-elle tous les guérisseurs voulant tomber sous le coup de la loi?

Le PRÉSIDENT: La modification n'est pas encore prête, monsieur Leclerc. J'ignore ce qu'elle contient.

M. CÔTÉ: Si le Dr Bruce est autorisé à procéder, en toute justice pour les *Christian Scientists* le Comité devra admettre une réplique. Autrement, le dernier mot restera au Dr Bruce.

L'hon. M. BRUCE: Je consens volontiers à ce que M. Fulton réplique au nom des *Christian Scientists*.

M. MAYBANK: Alors, il y aura nouvelle réfutation, duplique et nouvelle réplique.

L'hon. M. BRUCE: Je voudrais revenir sur ce que M. Lalonde vient de dire...

M. JOHNSTON: La période accordée est-elle seulement de dix minutes?

Le PRÉSIDENT: Pas nécessairement; environ dix minutes.

L'hon. M. BRUCE: M. Lalonde dit qu'il s'agit d'une question religieuse et que, je le présume, il y a entrave à la liberté religieuse. Je ne crois pas qu'il en soit ainsi, monsieur le président. Nous, médecins, savons fort bien que les ecclésiastiques

tiques de toutes les confessions prient pour leurs paroissiens malades, sans demander un sou. Loin de nous y opposer, nous favorisons cela. Ainsi, monsieur Lalonde, il n'est pas question d'entraver la liberté religieuse. Pour moi, il ne s'agit pas du tout de religion. En 1881, Mme Eddy instituait un collège auquel elle donnait le nom de *Massachusetts Metaphysical College* pour enseigner certaines doctrines curatives qu'elle aurait, selon l'ouvrage déjà mentionné, acquises surtout d'un guérisseur occulte du nom de P. P. Quimby, qui l'avait soignée en 1862. Son système se basait sur ce qu'elle avait constaté en se faisant traiter par cet individu. Elle s'est servi des méthodes ainsi acquises pour soigner les malades. Sept ans après, sur menaces de poursuites de la part du procureur de district de Boston, le collège fermait ses portes et peu après naissait la secte religieuse.

Comme le temps m'est mesuré, j'aimerais consigner au compte rendu la préface de l'ouvrage et les conclusions des auteurs.

Voici ce que dit l'avant-propos de ce livre intitulé: *The Faith, the Falsity, the Failure of Christian Science*:

Les auteurs du présent ouvrage reconnaissent à tout adulte le droit de choisir librement ses convictions religieuses et ses traitements médicaux. L'adulte conscient et responsable peut recourir à n'importe quel traitement pour le soulagement de ses maux, ou même s'en dispenser. S'il le désire, il est parfaitement libre de souffrir sans recourir à la médecine, et de mourir sans être assisté.

Le présent ouvrage est dû à la ferme conviction des auteurs que nul n'a le droit de priver un enfant malade et souffrant, ou l'adulte irresponsable, de l'assistance et des traitements médicaux. Cette barbarie devrait être interdite.

La *Christian Science* se prétend à la fois religion et moyen infaillible de guérison. Elle nie l'efficacité de la médecine et interdit le traitement médical. Les pratiques des "guérisseurs" équivalent à la négligence complète. Les résultats, surtout chez les enfants, sont d'une horreur inconcevable.

Comme les prétentions religieuses de Mme Eddy et sa prétendue découverte d'une panacée sont entièrement fausses, les auteurs estiment que le meilleur moyen de combattre l'aberration *Christian Scientist*, ou du moins d'en prévenir la propagation, consiste à exposer en termes clairs l'imposture de Mme Eddy et les résultats des pratiques non réglementées des "guérisseurs". Dans ce but, et après avoir fait enquête minutieusement sur les origines de la *Christian Science*, le Dr Riley indique où Mme Eddy a pris chaque détail de son système religieux et thérapeutique. Par nombre de cas choisis parmi une profusion de données provenant d'un questionnaire d'envergure nationale, le Dr Humiston expose les tragiques résultats des traitements *Christian Scientist* chez les adultes irresponsables et les enfants sans défense. Si horribles que soient les cas cités, le Dr Humiston a jugé que certaines de ses constatations étaient trop effroyables pour figurer dans un livre de circulation générale. En des termes familiers aux lecteurs de *Religio-Medical Masquerade*, M. Peabody démontre la totale absence de scrupules de la soi-disant découvreuse et fondatrice de la *Christian Science*, son amour effréné du lucre, sa passion absolument insensée de domination sur ses adeptes. Il prouve hors de tout doute que les autorités actuelles de la *Christian Science* suivent avec zèle les traces de leur devancière.

Ce volume de 402 pages analyse les preuves et les auteurs terminent avec les conclusions suivantes:

Du point de vue médical, la *Christian Science* en tant que moyen de traitement des maux humains est donc une monstrueuse faillite. Le mieux

que l'on puisse en dire, c'est qu'elle peut distraire le malade pendant que d'autres facteurs curatifs agissent sur la maladie.

Le pire que l'on devrait en dire ne peut s'exprimer, car les mots manquent pour décrire l'iniquité de ce néfaste trafic de vie humaine. Dépouillée de sa défroque religieuse, la *Christian Science* se présente sous les traits du mauvais ange des enfers médicaux. Le témoignage des cimetières est le seul qui permette d'apprécier la valeur de ce charlatanisme.

La *Christian Science* est l'assassin de l'humanité. A chacun des maux humains, elle n'apporte en soulagement qu'une ignorance arrogante, vaine et criminelle. Elle s'interpose entre l'humanité souffrante et les seuls moyens connus de soulagement. Elle substitue la sorcellerie à la chirurgie, et la négligence grossière à la sollicitude. Avec hauteur, elle empêche la médecine curative d'intervenir tandis que la mort frappe l'enfant sans défense. La *Christian Science* est l'avant-garde des fléaux et de la peste, l'alliée de la petite vérole et de la tuberculose, la complice de l'appendicite et de la typhoïde, l'exécutrice des hautes œuvres du cancer et de l'obstruction intestinale.

Chaque nouvelle victoire de la médecine scientifique soulève les protestations indignées de la *Christian Science*. Chaque progrès réalisé par la médecine curative doit combattre une violente opposition de ce parasite accapareur.

Le bandit de grand chemin demande "La bourse ou la vie." Avec des accents de sirène et des promesses fallacieuses, la *Christian Science* vous arrache les deux.

Messieurs, j'aimerais prendre encore une couple de minutes pour citer un cas dont j'ai eu personnellement connaissance. Il s'agissait d'une femme de 60 ans atteinte à l'intestin d'un cancer qui y causait de l'obstruction. Elle était depuis plusieurs mois sous les soins d'un guérisseur *Christian Scientist*. C'est seulement lorsque l'obstruction devint totale que quelques amis insistèrent pour faire venir le médecin. A son arrivée, celui-ci envoya immédiatement la malade à l'hôpital et me demanda, par téléphone, de l'examiner avec lui. Je pratiquai sans délai une opération appelée côlotomie. Subséquemment, le guérisseur *Christian Scientist* demanda la permission de visiter la malade tous les jours, ce que nous déclinâmes. Toutefois, je présume que la patiente suivait un traitement donné à distance; en tout cas, elle recevait une lettre tous les matins. J'en ai une copie que m'a remise l'infirmière. Remarquez que cette patiente était presque à la dernière extrémité, et voici le texte du spécimen dont je vous parle:

Je veux que vous entrepreniez de jouir de la présente journée. Considérez une fleur et jouissez de l'infini de la flore. Regardez une ombre sur le mur et émerveillez-vous de sa gradation subtile. Regardez une chaise et jouissez de tout ce qu'elle représente. Considérez avec émerveillement une ampoule électrique et tout ce qui en rend l'existence possible. Regardez votre chemise de nuit et jouissez de tout le travail qui l'a produite pour vous.

De plus, voici autre chose que je voudrais consigner au compte rendu avant de me taire. C'est un renseignement que j'ai puisé dans ce livre. Comme vous vous le rappellerez, M. Fulton n'a pas voulu révéler au Comité en quoi consistait le traitement *Christian Scientist*. Je puis vous le dire car les auteurs affirment que selon le manuel de Mme Eddy, page 464, le traitement à administrer consiste dans la répétition mentale du passage que voici:

La matière est dépourvue de vie, de vérité, d'intelligence ou de substance. Tout est esprit infini et se manifeste à l'infini en Dieu. L'esprit est vérité immortelle, la maladie est erreur mortelle. L'esprit est réel et

éternel; la matière est irréaliste et temporelle. L'esprit est Dieu et l'homme est son image et sa ressemblance. Donc l'homme est esprit et non matière.

On voit par là que pour guérir, la *Christian Science* ne compte pas sur la prière mais bien sur la répétition constante de la formule, moyennant honoraires assez importants. Je vous remercie, monsieur le président, de m'avoir fourni l'occasion d'exprimer mes vues.

M. CÔTÉ: Voudriez-vous nous dire l'époque et l'endroit de publication du livre que vous avez cité?

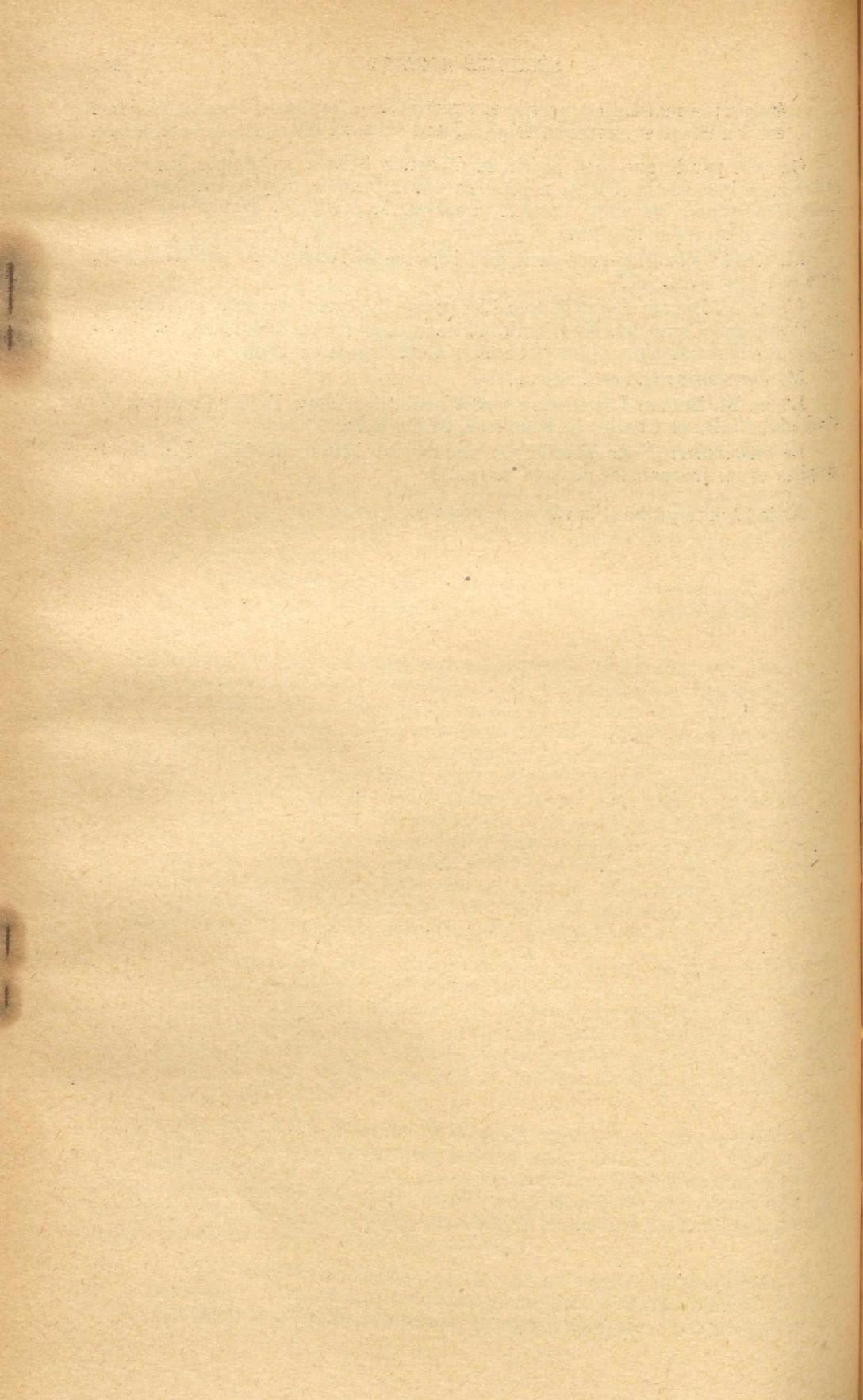
L'hon. M. BRUCE: J'ai déjà donné les noms. L'ouvrage est édité par Fleming H. Revell and Company, New-York, Chicago, Londres et Edimbourg. Il a été imprimé aux Etats-Unis d'Amérique et il a été déposé en 1925.

M. JOHNSTON: Qui est l'auteur?

L'hon. M. BRUCE: Les auteurs sont Woodbridge Riley, D.Ph., Frederick W. Peabody, LL.B., et Charles E. Humiston, M.D., D.Sc.

Le PRÉSIDENT: Nous aborderons maintenant l'étude du bill. Les sténographes et les journalistes peuvent se retirer.

Et le Comité poursuit la séance à huis clos.



COMITÉ SPÉCIAL
DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE

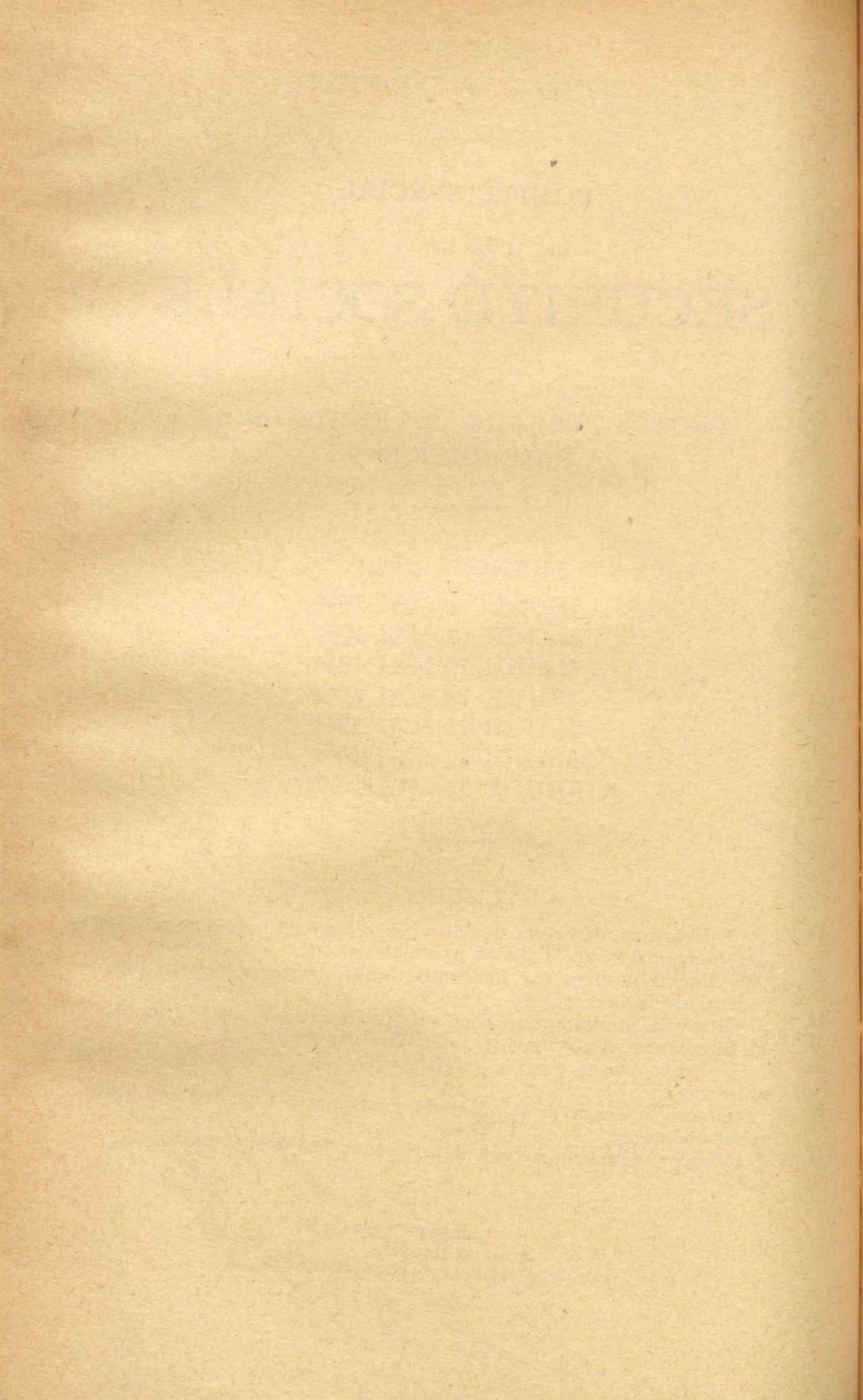
PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES
FASCICULE N° 9

SÉANCES DES:

JEUDI 4 MAI 1944
MARDI 9 MAI 1944
MARDI 16 MAI 1944
JEUDI 18 MAI 1944
MARDI 23 MAI 1944
MARDI 30 MAI 1944
JEUDI 1er JUIN 1944

TÉMOINS:

- Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;
M. J. T. Marshall, directeur des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique;
M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'Impôt sur le revenu;
M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;
M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;
M. E. Stangroom, directeur général de l'assurance, Commission d'assurance-chômage;
M. A. D. Watson, actuaire en chef, département de l'Assurance.



PROCÈS-VERBAUX

Le JEUDI 4 mai 1944.

Le comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Breithaupt, Bruce, Coté, Gershaw, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lalonde, Lockhart, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGarry, McIvor, Maybank, Nicholson, Veniot, Warren, Wood et Wright—20.

Sont aussi présents:

- Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. A. D. Watson, actuaire en chef, département des Assurances;
- M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. J. T. Marshall, directeur des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique;
- M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;
- M. J. C. Howes, du personnel des recherches, Banque du Canada;
- M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'Impôt sur le revenu;
- M. J. C. Brady, directeur de la statistique des institutions, Bureau fédéral de la statistique;
- Le colonel J. R. Munro, du Comité consultatif.

Le Comité reprend l'étude de l'avant projet de loi d'assurance-santé.

Le Dr Heagerty, M. Watson et M. Gunn sont appelés et interrogés.

L'hon. M. Bruce propose:

Que le Comité bénéficie des services d'un conseiller juridique.

La motion est rejetée sur division.

L'article 4 (1) est modifié en biffant, aux lignes 37 et 38 les mots "une personne dont le revenu est inférieur à quelque montant déterminé" et en y substituant les mots "à une personne résidant ordinairement dans la province, ou dans une région spécifique de cette province".

(2) Adopté.

L'article 5 est modifié en biffant, à la première ligne, avant les mots "santé publique", les mots "à la" et en y substituant les mots "aux services de".

Adopté en sa forme modifiée.

Article 6 —Adopté.

Article 7 (1)—Adopté.

(2) (a)—Adopté.

(b)—Adopté.

(c)—Adopté.

(3)—Adopté.

(4)—Adopté.

- Article 8 (1)—Adopté.
 (2)—Adopté.
 (3)—Adopté.

Article 9 —Réservé.

Sur proposition de M. Coté, le Comité s'ajourne à 1 h. 5 de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
 J. P. DOYLE.

Le MARDI 9 mai 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Bourget, Breithaupt, Bruce, Cleaver, Coté, Fulford, Gershaw, Gregory, Howden, Hurtubise, Lalonde, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, Mayhew, Picard, Nicholson, Shaw, Veniot et Wright—24.

Sont aussi présents:

- Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;
 M. A. D. Watson, actuaire en chef, Département des assurances;
 M. J. T. Marshall, directeur des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique;
 M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'Impôt sur le revenu;
 M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances.

A la demande du président, l'honorable M. Mackenzie avertit le Comité que la Conférence médicale fédérale-provinciale se réunira mercredi, jeudi et vendredi prochains dans la salle 262 du comité sénatorial des chemins de fer; il annonce aussi que le film "The Country Doctor" sera présenté dans la salle 368 du Sénat le mercredi 10 mai, à 3 heures de l'après-midi. Tous les membres du Comité sont cordialement invités à assister aux délibérations de la Conférence et à la représentation du film.

Le Comité poursuit l'étude de l'avant-projet de la loi sur l'assurance-santé. Le Dr Heagerty, M. Watson et M. Marshall sont appelés et interrogés.

- Article 9 (1) (a) (b) (c) (d)—Adopté.
 (2) (a) (b) (c) (d) (e)—Adopté.

Article 10—Adopté.

Article 11 (a) (b) (c) (d)—Adopté.

Article 12 (1)—Adopté.
 (2)—Adopté.

Article 13 (1) (a) (b) (c)—Adopté.
 (2)—Adopté.
 (3)—Adopté.

Article 14—réservé pour renvoi au ministère de la Justice.

Article 15—modifié en biffant le mot "section", à la troisième ligne, et en y substituant le mot "service"; en ajoutant aussi, après le mot "autorisé", à la quatrième ligne, les mots "au Canada."
 Adopté en sa forme modifiée.

Article 16—modifié en ajoutant avant le mot "national", en première ligne, le mot "consultatif". Article réservé pour étude ultérieure.

Article 17—Adopté.

Article 18—Adopté.

Sur proposition de M. McGarry, le Comité s'ajourne à midi et 55 pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,

J. P. DOYLE.

Le MARDI 16 mai 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Blanchette, Breithaupt, Bruce, Mme Casselman, MM. Claxton, Coté, Fulford, Gershaw, Gregory, Hatfield, Howden, Hurtubise, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), Macmillan, McCann, McGarry, McIvor, Nicholson, Veniot, Warren, Wood et Wright—22.

Sont aussi présents:

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministre des Pensions et de la Santé nationale;

M. A. D. Watson, actuaire en chef, Département des assurances;

M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;

M. J. C. Brady, directeur de la statistique des institutions, Bureau fédéral de la statistique;

Le colonel J. R. Munro, du Comité consultatif.

L'honorable M. Mackenzie, ministre des Pensions et de la Santé nationale, donne lecture du rapport de la réunion des ministres et sous-ministres provinciaux de la Santé, tenue à Ottawa les 10, 11 et 12 mai. Il est convenu que ce rapport sera publié dans les témoignages. (*Voir Appendice "B".*)

Le président informe le Comité qu'il a reçu, des personnes dont les noms suivent, sept télégrammes disant que M. J. W. Fulton, qui avait comparu devant le Comité au nom des *Christian Scientists*, a exprimé les vues des *Christian Scientists* des provinces mentionnées:

Le lieutenant-col. T. E. Powers, Halifax, N.-E.

E. Aubrey Rideout, Saint-Jean, N.-B.

S. Pontoppidan Brody, Montréal, P.Q.

James Perry, Winnipeg, Man.

George C. Palmer, Saskatoon, Sask.

John A. C. Fraser, Calgary, Alberta.

J. Lingen Wood, Vancouver, C.-B.

Le Dr Heagerty, MM. Watson, Gunn, Bryce et Brady sont appelés et interrogés.

Le Comité reprend l'étude de l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé.

Deuxième Annexe.

Article 1—Adopté.

Article 2—Adopté.

Article 3—Adopté.

Article 4—Adopté.

- Article 5 (1)—modifié en biffant le mot “douze”, à sa quatrième ligne, en laissant un blanc à la place du chiffre. Adopté en sa forme modifiée.
 (2)—modifié en biffant les mots “de douze dollars”, à sa sixième ligne, et en y substituant les mots “selon le montant spécifié au paragraphe (1) du présent article”. Adopté en sa forme modifiée.
 (3)—Adopté.
 (4)—Adopté.
 (5)—Adopté.
- Article 6 (1)—Modifié en biffant, à sa cinquième ligne, le mot “prescrits”. Adopté en sa forme modifiée.
 (2)—Adopté.
 (3)—Adopté.
 (4)—Adopté.
 (5)—Adopté.
- Article 7 (1) (a) (b) (c) (d) (e)—Adopté.
 (2)—Adopté.
 (3)—Adopté.
- Article 8—Adopté.
- Article 9 (1) (a) (b) (c) (d) (e)—Adopté.
 (2)—Adopté.
 (3)—Adopté.
- Article 10 (1)—Adopté.
 (2) (a) (b) (c) (d) (e)—Adopté.
 (3)—Adopté.
 (4)—Adopté.
- Article 11 (1)—Adopté.
 (2) (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j)—Adopté.
 (3)—Adopté.
 (4) (a) (b)—Adopté.
- Article 12 (1)—Adopté.
 (2) (a) (b) (c)—Adopté.
 (3)—Adopté.
 (4)—Modifié en biffant tous les mots après “choisi”, à sa cinquième ligne. Adopté en sa forme modifiée.
 (5) (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h)—Adopté.
 (6)—Adopté.
- Article 13 (1) (a) (b) (c) (d) (e) (f)—Adopté.
 (2)—Adopté.
- Article 14 (1) (a)—Adopté.
 (b)—A reviser.

Sur proposition de M. Howden, le Comité s'ajourne à une heure de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
 J. P. DOYLE.

Le JEUDI 18 mai 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Adamson, Bourget, Breithaupt, Bruce, Mme Casselman, MM. Gershaw, Gregory, Hatfield, Howden Hurtubise, Jonhston (*Bow-River*), Lalonde, MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, McIvor, Nicholson, Warren et Wright—20.

Sont aussi présents:

- Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. A. D. Watson, actuaire en chef, Département des assurances;
- M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. H. C. Hogarth, enquêteur financier, ministère des Finances;
- M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;
- M. J. C. Brady, directeur de la statistique des institutions, Bureau fédéral de la statistique.

L'hon. M. Bruce mentionne une lettre écrite par M. J. W. Fulton aux journaux au nom des *Christian Scientists*. Dans cette lettre, M. Fulton dit qu'il n'a pas eu l'occasion de répondre aux énonciations faites par l'hon. M. Bruce à la séance du 2 mai. L'hon. M. Bruce fait observer qu'à la page 238 des témoignages, il s'est déclaré "consentant à ce que M. Fulton réplique". Ce dernier assistait à la séance et il n'a ni répondu ni cherché à répondre. Le président déclare l'incident clos.

Le Comité reprend l'étude de l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé.

Le Dr Heagerty, MM. Brady, Gunn et Watson sont appelés et interrogés.

Deuxième Annexe

Article 14 (1)—Modifié en insérant, après le mot "tuberculose" à la quatrième ligne de la page 21, le mot "pulmonaire". Adopté en sa forme modifiée.

(a)—Adopté.

(b) (i)—Modifié en biffant, à sa deuxième ligne, les mots "connus sous le nom" et en y substituant les mots "reconnus par la province comme". Adopté en sa forme modifiée.

(c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)—Adopté.

(2)—Adopté.

(3)—Adopté.

(4)—Adopté.

Article 15 (1)—Adopté.

(2) (a) (b) (c) (d) (e) (f)—Adopté.

Article 16 —Adopté. (Cet article doit être porté à l'attention du Comité de la restauration et du rétablissement et de la Commission canadienne de recrutement et de répartition du personnel médical.)

Article 17 (1) (a)—Adopté.

(b)—Adopté.

(c)—Adopté.

Article 17 (2)—Adopté.

(3) (a) (b) (c)—Adopté.

Article 18 (1) (a) (b)—Adopté.
 (2)—Adopté.
 (3)—Adopté.

Article 19 (1)—Adopté.
 (2)—Adopté.
 (3)—Adopté.
 (4)—Adopté.
 (5)—Adopté.
 (6)—Adopté.
 (7)—Adopté.
 (8)—Adopté.

Article 20 (1)—Adopté.
 (2)—Adopté.
 (3)—Biffé.

Article 21 —Adopté.

Article 22—Modifié en biffant, à la deuxième ligne, les mots “ dans la ville d ”, et en y substituant les mots “ aux endroits et ”; en biffant également, à la quatrième ligne, les mots “ dans cette ville ou à tout autre endroit ”. Adopté en sa forme modifiée.

Article 23 (1)—Adopté.
 (2)—Adopté.
 (3)—Adopté.

Article 24 (1)—Adopté.

Article 25—Adopté.
 (2)—Adopté.

Article 26 (1)—Adopté.
 (2) —Adopté.
 (3) (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h)—Adopté.

Sur proposition de M. Adamson, le Comité s'ajourne à une heure de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
 J. P. DOYLE.

Le MARDI 23 mai 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Blanchette, Breithaupt, Bruce, Mme Casselman, MM. Cleaver, Fulford, Gershaw, Gregory, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Mackenzie (*Vancouver-Centre*), Macmillan, McCann, McGarry, McGregor, McIvor, Nicholson, Warren et Wright. — 20.

Sont aussi présents:

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministre des Pensions et de la Santé nationale;
 M. A. D. Watson, actuaire en chef, Département des Assurances;
 M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;

- M. J. C. Brady, directeur de la statistique des institutions, Bureau fédéral de la statistique;
 M. J. T. Marshall, directeur des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique;
 M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'Impôt sur le revenu;
 M. E. Stangroom, directeur général de l'assurance, Commission d'assurance-chômage.

M. Wright présente un mémoire émanant de la *State Hospital and Medical League*, de Regina, Saskatchewan. Conformément à la décision rendue par le Comité le 20 avril, il est ordonné que ce mémoire soit publié dans les témoignages. (Voir Appendice "A".)

Le Comité reprend ensuite l'étude de l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé.

Deuxième Annexe

- Article 26 (4)—Adopté.
 (5)—Adopté.
 (6)—Adopté.
 (7)—Adopté.
 (8)—Adopté.
 (9)—Adopté.
- Article 27 (1)—Adopté.
 (2)—Adopté.
 (3)—Adopté.
- Article 28 (1)—Adopté.
 (2)—Adopté.
 (3) (a) (b) c) (d) (e)—Adopté.
- Article 29 (1)—Adopté.
 (2)—Adopté.
 (3)—Adopté.
 (4)—Adopté.
 (5)—Adopté.
- Article 30 (1)—Adopté.
 (2)—Adopté.
- Article 31 (1)—Adopté.
 (2)—Adopté.
 (3)—Adopté.
 (4)—Adopté.
 (5)—Adopté.
 (6)—Adopté.
 (7)—Adopté.
 (8)—Adopté.
- Article 32 (1)—Adopté.
 (2) (a) (i)—Adopté.
 (ii)—Adopté.
 (b) (i)—Adopté.
 (ii)—Adopté.
 (iii)—Adopté.
 (c) (i)—Adopté.
 (ii)—Adopté.

- (3) (a)—Adopté.
- (b)—Adopté.
- (c)—Adopté.
- (d) (i)—Adopté.
- (ii)—Adopté.
- (iii)—Adopté.
- (iv)—Adopté.
- (4)—Adopté.
- (5)—Adopté.
- (6)—Adopté.
- (7)—Adopté.

- Article 33 (1) (a)—Adopté.
- (b)—Adopté.
 - (c)—Adopté.
- (2)—Adopté.
 - (3)—Adopté.
 - (4)—Adopté.
 - (5)—Adopté.
 - (6)—Adopté.

Article 34—Adopté.

Article 35—La première ligne est modifiée de façon à se lire: "Lorsqu'un individu délibérément contrevient, ou omet ou néglige..."
Adopté en sa forme modifiée.

XX—Adopté.

- Article 36 (1)—Adopté.
- (2)—Adopté.

- Article 37 (1)—Adopté.
- (2)—Adopté.
 - (3)—Adopté.

Article 38—Adopté.

- Article 39 (1)—Adopté.
- (2)—Adopté.
 - (3)—Adopté.
 - (4)—Adopté.
 - (5)—Adopté.

- Article 40 (1) (a)—Adopté.
- (b)—Adopté.
 - (c)—Adopté.
 - (d) Adopté.

(2)—Les mots après le mot "loi", aux deux dernières lignes, sont biffés et remplacés par les suivants: "et tout règlement peut être modifié ou révoqué par un règlement subséquent établi de la même manière."

(3)—Modifié en insérant, après le mot "législative", à la cinquième ligne, les mots "pour ratification". Modifié aussi en biffant, aux neuvième et dixième lignes, tous mots suivant le mot "législative". Adopté en sa forme modifiée.

- Article 41 (1)—Adopté.
- (2)—Adopté.

Article 42—Adopté.

- Article 43—Adopté.
 Article 44—Adopté.
 Article 45—Adopté.
 Article 46—Adopté.
 Article 47—Adopté.
 Article 48—Adopté.

Troisième Annexe.

- I—Adopté.
 II—Adopté.
 III—Adopté.
 III—Adopté.
 IV—Adopté.
 V—Modifié en insérant après le mot “surveiller”, en première ligne, les mots “les locaux, matériel et personnel affectés à”. Adopté en sa forme modifiée.
 VI—Adopté.
 VII—Adopté.
 VIII—Adopté.
 IX—Adopté.
 X—Adopté.
 XI—Adopté.
 XII—Adopté.
 XIII—Adopté.
 XIV—Adopté.
 XV—Adopté.
 XVI—Adopté.
 XVII—Adopté.
 XVIII—Adopté.
 XIX—Adopté.
 XX—Adopté.
 XXI—Adopté.
 XXII—Adopté.
 XXIII—Adopté.

Avec la permission du comité, M. Graham, député, insiste sur la nécessité des recherches, particulièrement en ce qui concerne l'arthrite. H. Howden et l'honorable M. Bruce déclarent que des progrès remarquables ont déjà été accomplis à l'égard du traitement de cette maladie. Le docteur Heagerty fait observer que l'avant-projet de loi prévoit les recherches couvrant toutes les maladies.

M. Nicholson demande que les vétérinaires viennent témoigner pour démontrer que les maladies animales sont transmissibles aux humains. Le Comité décide que la santé des animaux est une question relevant de la juridiction provinciale et qu'elle ne peut entrer dans l'étude du présent bill.

Le président annonce qu'à la prochaine séance les articles 3, 14 et 16, qui avaient été réservés, seront étudiés.

Sur proposition de M. McGarry, le Comité s'ajourne à une heure de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
 J. P. DOYLE.

Le MARDI 30 mai 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présent: MM. Adamson, Blanchette, Bruce, Mme Casselman, MM. Cleaver, Coté, Gershaw, Hatfield, Howden, Johnston (*Bow River*), Lalonde, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, McIvor, Maybank, Veniot et Warren.—20.

Sont aussi présents:

- Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. A. D. Watson, actuaire en chef, Département des assurances;
- M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. J. T. Marshall, directeur des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique;
- M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;
- M. E. Stangroom, directeur général de l'assurance, Commission d'assurance-chômage;
- M. J. C. Brady, directeur de la statistique des institutions, Bureau fédéral de la statistique;
- M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'Impôt sur le revenu;
- M. J. E. Howes, du personnel des recherches, Banque du Canada.

Le docteur J. J. Heagerty, M. Gunn et M. Watson sont appelés et interrogés.

L'article 14 est modifié ainsi qu'il suit:

A la troisième ligne, biffer les mots "ou de tout accord par celle-ci prévu".

Après le mot "loi", à la quatrième ligne, ajouter les mots "à compter de leur publication dans la *Gazette du Canada*".

Biffer les sixième et septième lignes (après le mot "*Canada*").

Adopté en sa forme modifiée.

L'article 16 (1) est modifié en ajoutant, à la première ligne, avant le mot "national" le mot "consultatif".

M. Watson présente une nouvelle version de l'article 16 (1) dont voici le texte:

Est institué un Conseil consultatif national de l'assurance-santé composé du directeur de l'assurance-santé qui en est le président, du fonctionnaire administratif en chef de toute province qui exécute une loi sur l'assurance-santé approuvée par le gouverneur en conseil en conformité de l'article quatre de la présente loi (à nommer avec l'assentiment de la province intéressée), d'un représentant des personnes aptes à recevoir les prestations d'assurance-santé (un par province), et, en plus, des autres personnes représentant les hygiénistes, médecins, dentistes, pharmaciens, hôpitaux, gardes-malades, travailleurs industriels, patrons, agriculteurs, femmes de la campagne et femmes de la ville, ainsi que les autres groupes professionnels admis par les dispositions statutaires d'une province à dispenser les prestations d'assurance-santé. Toutefois, au moins une de ces personnes doit être nommée pour chacun des groupes, professions et catégories ci-dessus; et lors des dites nominations, il doit être tenu compte du principe de la parité

intégrale de représentation entre les institutions et groupes intéressés à dispenser les prestations d'assurance-santé, et les autres groupes ou classes de personnes; doit également être reconnu le principe de la répartition égale des membres du Conseil selon une base géographique par tout le Canada.

M. Watson est prié de fournir à chaque membre du Comité une copie de la modification projetée pour étude à la prochaine séance.

Sur proposition de M. McGarry, le Comité s'ajourne à midi et 55 pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

Le JEUDI 1er juin 1944.

Le comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Adamson, Blanchette, Bruce, Mme Casselman, MM. Cleaver, Coté, Hatfield, Howden, Hurtubise, Johnson (*Bow-River*), Lalonde, MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, McGregor, Maybank, Mayhew, Shaw, Veniot, Warren et Wood.—22.

Sont aussi présents:

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. A. D. Watson, actuaire en chef, Département des assurances;

M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. J. T. Marshall, directeur des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique;

M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances.

Le Comité reprend l'étude de l'article 16 de l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé.

Le Dr Heagerty, M. Gunn et M. Watson sont appelés et interrogés.

L'article 16 est modifié en insérant, en première ligne, le mot "consultatif" avant le mot "national"; en substituant aussi, à la deuxième ligne, les mots "composé de" au mot "comprenant".

L'hon. M. Bruce propose:

"Que l'article soit adopté en sa forme modifiée."

M. Cleaver propose en amendement:

"Que tous les mots figurent après le mot 'personnes', à la huitième ligne soient biffés et remplacés par les suivants: '...que le gouverneur en conseil peut nommer en vue de donner parité de représentation au grand public bénéficiant des services de santé et à ceux qui assurent ces services'."

M. Coté propose en sous-amendement:

"Que le mot 'optométristes' soit inséré après le mot 'gardes-malades', à la dixième ligne de l'article 16."

Le sous-amendement est rejeté sur division.

Le président suggère à M. Cleaver de changer sa motion de façon qu'elle se lise ainsi:

“Que l'article 16 soit modifié en ajoutant, à la douzième ligne, après le mot 'respectivement', les mots 'et les représentants des autres groupes pouvant être désignés par décret du lieutenant-gouverneur en conseil de la province intéressée'.”

Que cet article soit de plus modifié en ajoutant, à la dernière ligne, après le mot 'ci-dessus', les mots 'et dans la mesure du possible, il doit y avoir parité de représentation entre ceux qui sont aptes à dispenser les prestations d'assurance-santé et ceux qui sont aptes à les recevoir'.”

M. Cleaver agréé ce changement et l'article 16, en sa forme modifiée, est adopté sur division.

Le Comité s'ajourne à 1 h. 5 de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

APPENDICE "A"

MÉMOIRE DE LA STATE HOSPITAL AND MEDICAL LEAGUE, REGINA, SASKATCHEWAN

Les délégués ici présents aujourd'hui représentent la *State Hospital and Medical League*, association dont le bureau principal se trouve à Regina, Saskatchewan.

Cette association se compose surtout de sociétés affiliées, comme les sociétés d'embellissement des foyers, les sociétés mutuelles, les associations religieuses et agricoles, la Fédération des instituteurs de la Saskatchewan, les groupements coopératifs, les municipalités rurales et urbaines, ainsi que les organismes régionaux de la *State Hospital and Medical League*.

Pendant le premier trimestre de l'année, l'association comptait plus de 400 sociétés affiliées, dont 120 municipalités rurales—c'est-à-dire presque la moitié des municipalités rurales de la province—6 grandes villes, 24 petites villes et 56 villages. Il va sans dire, par conséquent, que la *State Hospital and Medical League* représente toutes les classes de la population, rurales et urbaines.

Un long rapport sur le besoin d'amélioration de nos services de santé serait superflu. L'existence même de votre Comité prouve que ce besoin est grand. L'année dernière, plus précisément au mois de février 1943, la législature de la Saskatchewan a nommé un comité spécial d'enquête pour étudier les services de santé ainsi que d'autres questions de sécurité sociale. Cinquante-deux organismes ont comparu devant ce comité, et il est intéressant de voir ceci à la page 7 du rapport intérimaire de ce comité:

A la suite des représentations qu'il a entendues et des documents qui lui ont été soumis, votre comité s'est trouvé en présence d'une grande variété de vues, d'opinions, de recommandations et de propositions. Cependant, quatre points saillants sur lesquels il semble y avoir accord presque complet, ressortent de ce méli-mélo. En voici deux:

1. Le besoin de développer les services de santé et les services sociaux dans de plus vastes proportions, ainsi que d'une façon plus équitable et plus uniforme, dans toute la province.
2. La volonté apparente des gens de payer ces services plus considérables.

Bien que plusieurs rapports aient été publiés dans les journaux sur le niveau de santé du Canada, nous nous bornerons à en signaler deux dans cet exposé. Le premier qui a paru dans la page de fond du *Star-Phoenix de Saskatoon*, le 25 avril, se lit comme suit:

"Les examens médicaux de l'armée ont démontré qu'il y a un nombre alarmant de jeunes Canadiens dont la santé laisse à désirer, d'après les exigences du service militaire. Le relevé des groupements, donné récemment par l'honorable Humphrey Mitchell, ministre du Travail, préposé aux appels en vertu des règlements nationaux de la mobilisation, constitue un défi à tous les services de santé du pays.

"D'après le rapport de M. Mitchell, sur les 1,015,534 hommes qui ont été appelés à subir l'examen médical, un peu plus de la moitié, soit 562,150, n'étaient pas à la hauteur des exigences du service de première ligne. Voici les chiffres de chaque groupement:

- Catégorie A: aptes au service n'importe où, 452,384;
- Catégorie B: aptes au service général, 123,364;
- Catégorie C: aptes au service territorial seulement, 130,316;
- Catégorie D: Temporairement inaptes au service, 23,415;
- Catégorie E: Absolument inaptes au service militaire, 285,055.

“Il ne faut pas oublier que ces chiffres ne représentent pas tous les jeunes gens d'âge militaire du Canada. Un grand nombre se sont enrôlés volontairement, dans les forces armées, sans attendre d'être appelés, et ont été classés dans l'une des trois premières catégories. Plusieurs de ceux que l'armée a refusés comme volontaires ont été appelés plus tard à faire leur service, et sont venus accroître le pourcentage des inaptes. Mais tout en tenant compte de cela, le relevé n'en reste pas moins très mauvais pour un pays qui jouit d'un tel niveau de vie.

“Un niveau de vie qui entraîne une proportion si élevée de refus, n'a que peu de raisons d'exister. Il est certain que la science médicale et alimentaire nous a appris à mener une meilleure existence que celle que représentent ces données statistiques. Il est évident que le pays doit commencer à élaborer un programme en vue de créer un meilleur niveau de vie que celui que nous avons connu dans le passé. Et ce programme doit avoir une grande priorité dans l'après-guerre. Il y a, en effet, plusieurs raisons qui militent en faveur de la préparation immédiate d'un programme d'amélioration de la santé, surtout pour les petits garçons et les petites filles qui vont encore à la classe”.

Le second rapport, que nous citons du *Leader-Post* de Regina, du 29 décembre 1942, se lit ainsi:

“Le sombre tableau de la situation de notre santé nationale, que M. Allan Ross, actuellement préposé à la production des rations pour l'armée et l'aviation canadiennes, à Ottawa, a tracé à un auditoire d'hommes d'affaires, à Toronto, ne peut qu'accroître l'inquiétude générale suscitée par les exposés et les révélations précédentes sur le même sujet.

“Suivant M. Ross, sur 50,000 jeunes gens qui ont tenté de s'enrôler dans l'armée active au cours d'un trimestre de l'an dernier, 20,000, ou deux sur cinq, ont été refusés comme inaptes au point de vue santé. Une telle fréquence de cas de mauvaise santé chez la jeunesse d'un pays, dont les ressources de production et le surplus annuel de denrées exportables sont énormes, indique à elle seule qu'il y a eu des bévues coupables dans l'administration de nos affaires nationales”.

M. Ross a ensuite fait ressortir le gaspillage et les dépenses occasionnées par l'insuffisance de la santé nationale, en disant que le nombre de nos militaires revenus d'outre-mer ou réformés au pays par suite de leur incapacité de résister aux rigueurs de l'entraînement du service actif, est si considérable qu'il n'est pas dans l'intérêt public de le publier. Il a en outre parlé d'une enquête gouvernementale, qui a révélé que sur les quelque 4,000,000 d'enfants de moins de 16 ans du Canada, 500,000 environ sont mal nourris, 250,000 ont une ouïe défectueuse, 77,000 ont le cœur faible ou malade, 35,000 souffrent de déficiences mentales, 30,000 sont tuberculeux, 1,000 sont complètement aveugles et 3,800 le sont partiellement. Il a également jugé déplorable que sur 26 des principaux pays du monde, quatre seulement offrent des taux de mortalité maternelle plus élevés que le Canada, et il a ajouté que ces révélations dont l'exactitude a été nettement corroborée par le Dr Gordon Jackson, médecin hygiéniste à Toronto, sont une source d'humiliation nationale.

Se contenter de dire que la santé canadienne est très basse, est un euphémisme.

Les représentants du corps médical ont dit que le véritable problème provient de l'incapacité du public à payer les services de santé nécessaires. Les mêmes autorités ont dit encore, et nous citons le rapport de 1934 du Comité économique de la C.M.A.:

“C'est en pleine période de prospérité que l'on a organisé aux Etats-Unis le Comité du coût des soins médicaux. C'est en janvier 1929 que la Commission d'enquête sur l'assurance-santé d'Etat et les prestations-maternité a été instituée en Colombie-Britannique. Cela donne à entendre que, même au moment où l'argent semblait être au comble de l'abondance, on considérait déjà ce problème

comme étant d'une importance primordiale. Les frais des services de santé créent un problème, parce que la maladie n'est pas répartie également entre les divers groupes de la population. C'est l'inégalité du fardeau qui suscite le problème. Ce n'est pas le coût total des soins médicaux, qui présente la difficulté, mais le fait que seule la proportion des gens qui sont malades, doit tout le supporter. La somme des frais médicaux pour les Etats-Unis s'est élevée en 1929 à \$3,656,000,000, ce qui veut dire une dépense moyenne de \$30 par personne ou de \$123 par famille. Soixante-dix-neuf p. 100 de ce montant a été directement payé par les particuliers. Ces dépenses sont donc réparties d'une façon inégale".

Le Comité du coût des soins médicaux constate:

Que les recherches du Comité ne démontrent aucun fait avec plus de clarté que le suivant: le coût des soins médicaux pèse chaque année d'une manière très inégale sur diverses familles de la même classe sociale et économique. Le fond du problème est donc d'égaliser le fardeau financier de la maladie.

"Le second élément du problème est l'impossibilité de prédire la date, la gravité ou le coût de la maladie, et que, par conséquent, celle-ci n'entre pas dans les dépenses qu'un particulier ou une famille peut prévoir dans son budget. En théorie, la constitution d'un budget peut faire quelque chose, mais en pratique, on n'établit pas de budget pour les dépenses qu'il est impossible de calculer d'avance.

"Ce n'est pas seulement le nombre, mais aussi le coût des cas de maladie qui sont inégalement répartis, car cette dernière varie en gravité. Une étude effectuée par la *Metroplitan Life Insurance Co.*, de concert avec le Comité du coût des soins médicaux, révèle qu'au cours d'un semestre, seulement 198 familles sur un total de 3,281 n'ont pas eu de frais médicaux à payer. Le montant global des dépenses se chiffrait à \$230,907, soit une moyenne de \$70 par famille, mais en réalité, 64 p. 100 des dépenses totales étaient contractées par 20 p. 100 des familles. Cela indique que la moyenne des dépenses est fallacieuse. C'est le coût réel pour le particulier ou la famille, qui est important. La quantité de maladies ne varie pas en raison du revenu familial, mais il en va autrement des soins médicaux. Cela se remarque surtout en ce qui concerne les soins dentaires. D'où nous concluons que la quantité de soins reçus n'est pas un indice de la quantité de soins nécessaires, sauf peut-être chez les classes les plus riches. La situation économique constitue souvent un obstacle à la suffisance des soins médicaux et dentaires."

L'un des éléments les plus aggravants du problème, est le manque de médecins. Avec moins de 8,000 médecins et chirurgiens, au Canada, et seulement 400, en Saskatchewan, le problème en est arrivé à un point crucial. Qui assumera la responsabilité des conséquences tragiques de cette situation, dans les régions où il est impossible d'obtenir des traitements? Qui prendra la responsabilité de notre état déplorable, si cette guerre est suivie d'une grave épidémie? Ce sont là des questions pertinentes sur le problème, qui exigent une attention immédiate.

Pouvons-nous demander la solution de ce problème au corps médical? Nous vous citons un autre passage du rapport de 1934 du Comité économique de la *Canadian Medical Association*, comprenant des médecins de toutes les provinces du Canada:

"Il semble raisonnable de croire que l'on devrait exercer une certaine réglementation sur le nombre d'étudiants admis dans les écoles de médecins.

Ce sont en grande partie l'Etat et les philanthropes qui subviennent aux frais des cours de médecin. C'est un gaspillage d'argent et de vies humaines que de former des hommes et des femmes pour un service qui ne peut les absorber."

Des intérêts opposés contribuent à créer les difficultés de ce problème, et tous les intéressés serviront le mieux leurs intérêts en cherchant une solution stable. Il ne s'agit pas d'adopter un plan à cotisations temporaires et disparate, mi-privé et mi-socialiste, du nom d'assurance-santé. Personne ne peut servir deux maîtres. La véritable et la meilleure solution pour tous tendra à la stabilité. Pourquoi nous acheminer timidement vers le but auquel des facteurs indiscutables bien appliqués, doivent nous conduire? Les meilleures aspirations de l'humanité émanent d'un puissant désir de réalisations. C'est en cherchant sans préventions, sans crainte et sans timidité, que nous trouverons la véritable solution. Alors, permettez-nous de l'exposer.

Assurance-santé

On a mis à l'essai dans presque tous les pays du monde un genre quelconque de prestations-maladie mutuelles, d'assurances contre les accidents, d'assurances-santé pour groupes, et même diverses sortes d'assurances-santé sur les bases collectives et parfois nationales. Nulle part, ces assurances n'ont donné des résultats satisfaisants ou échappé à la critique. Elles n'ont pas été à la hauteur de la situation—elles ont subi modification sur modification. Leur meilleur service a été de faire réfléchir les gens. Elles nous ont amenés, croyons-nous, au point où nous réclamons nos droits. C'est toujours la bonne marche à suivre. "Sois loyal envers toi-même, et, comme le jour suit la nuit, tu ne seras pas déloyal envers personne." Tentant de faire l'éloge de l'assurance-santé, le Comité de la C.M.A dit d'une manière significative dans son rapport de 1934:

Quand on étudie l'assurance-maladie telle qu'elle existe dans divers pays, il ne faut pas la comparer à un système idéal de services de santé, mais la juger par rapport à ce qui l'a précédée. La question qui se pose est la suivante: est-ce que les gens sont mieux soignés qu'auparavant? La médecine demande naturellement: la situation de l'exercice de la médecine est-elle meilleure qu'elle était?

Que ce soit là un indice très clair de la futilité de l'assurance-santé, lorsque tous les citoyens entrent en ligne de compte, cela ne fait aucun doute. Il ne peut y avoir de campagne systématique de prévention, si l'on n'a en vue que les gens d'une certaine classe économique. Certains intérêts, au Canada, se servent largement de leur influence pour établir un plafond d'admissibilité à l'assurance-santé et exclure du plan fédéral-provincial ceux dont le revenu dépasse un certain montant. La médecine du pauvre n'est pas la solution du problème de santé du Canada.

Les Etats-Unis

La situation des Etats-Unis ne diffère guère de celle du Canada, en ce qui concerne la santé.

En 1928, un comité de spécialistes entreprenait une enquête de cinq ans sur les conditions de santé dans le pays. Environ la moitié de ce comité se composait de médecins. Le rapport de ce comité ne fut pas unanime. De fait, trois rapports furent rédigés: un rapport majoritaire et deux minoritaires. Voici le résumé de ces rapports.

Le rapport définitif du Comité du coût des soins médicaux mérite la plus sérieuse attention, car la situation qui existe aux Etats-Unis est en grande partie semblable à celle du Canada, et l'enquête de cinq ans sur le problème du coût des soins médicaux aux Etats-Unis peut nous apprendre bien des choses.

Le comité se composait de 48 membres, dont 24 médecins (13 médecins particuliers), 3 dentistes, 2 infirmières, 6 économistes et sociologues, 3 hygiénistes non médecins, 2 auxiliaires de la prévoyance sociale, et 8 représentants du grand public.

Par suite de ses recherches, le comité a formulé certaines recommandations que l'on peut considérer comme des plans.

Plan A

Le rapport majoritaire du comité (rejeté par 9 médecins) se lit comme suit:

1. Le comité insiste sur la valeur de l'organisation par groupes, en ce qui concerne le service, et recommande, lorsque c'est possible, de grouper, de préférence autour d'un hôpital, le corps médical, y compris les médecins, les dentistes, les infirmières, les pharmaciens et les autres personnes adjointes, en vue de donner des soins complets à la maison, au bureau et à l'hôpital, y compris les services préventifs et curatifs.

2. Le comité recommande de développer tous les services d'hygiène de base, qu'ils soient assurés par des organismes du gouvernement ou autres, afin que toute la population puisse en bénéficier selon ses besoins. Ce développement exige tout d'abord une augmentation de soutien financier pour les services officiels de la santé et les médecins sanitaires diplômés, à service continu, dont la durée des fonctions dépend uniquement de la compétence professionnelle et administrative.

3. Le comité recommande de mettre les soins médicaux sur une base de paiements agencés, au moyen de primes d'assurance ou d'impôts, ou au moyen des deux. S'il y a lieu, les prestations en espèces doivent être séparées et distinctes des services de santé.

4. Le comité recommande à toutes les grandes et les petites collectivités de considérer l'étude, l'évaluation et la coordination du service de santé comme des fonctions importantes; de former des organismes destinés à les exercer, et d'accorder une attention particulière à la coordination des services ruraux et urbains.

5. Dans le domaine de l'éducation professionnelle, le comité formule les recommandations suivantes:

- (a) Insister de plus en plus, dans la formation des médecins, sur l'enseignement de l'hygiène et la prévention des maladies; faire des efforts plus efficaces pour fournir des médecins sanitaires diplômés; accorder une plus grande attention aux aspects sociaux de l'exercice de la médecine; restreindre les spécialités à ceux qui ont des aptitudes particulières; augmenter les facilités de cours post-scolaires;
- (b) Donner une plus vaste éducation de base aux étudiants en art dentaire;
- (c) Appuyer davantage sur les devoirs du pharmacien et les occasions de rendre service au public, dans l'enseignement de la pharmaceutique;
- (d) Rénover complètement les cours d'infirmière, afin de fournir des infirmières diplômées instruites et bien préparées;
- (e) Fournir des aides-infirmières dont la formation est moins complète, mais qui sont compétentes;
- (f) Assurer une formation suffisante aux sages-femmes infirmières;
- (g) Offrir des facilités pour la formation systématique d'administrateurs d'hôpital et de clinique.

Plan B—Rapport minoritaire n° 1

Ce rapport qui porte la signature de neuf membres, dont huit médecins, est naturellement très intéressant, car il représente l'attitude critique d'une partie du corps médical.

La minorité s'est trouvée d'accord avec la majorité en ce qui concerne les services d'hygiène et l'enseignement professionnel, mais il y a eu divergence d'opinions de part et d'autre au point de vue de l'organisation. Voici ce que dit le rapport minoritaire au sujet des centres de santé collectifs pour l'exercice en commun organisé de la médecine, recommandation fondamentale de la majorité:

L'expérience n'indique nullement que c'est un plan réalisable ou qu'il ne comporte pas des maux propres pires que ceux qu'il est censé soulager.

et

Cela semble illustrer ce qui est presque une obsession chez bien des gens, savoir, que l'"organisation" peut guérir la plupart des misères humaines, sinon toutes.

et

En dépit de nos recherches, ni notre propre expérience, ni les études du comité n'ont pu nous amener à conclure que la pratique collective est en mesure d'assurer des soins médicaux plus efficaces ou à meilleur marché que le système actuel.

Citons encore le rapport minoritaire:

Les plans impliquant des groupes composés de médecins ordinaires et de spécialistes, que préconise le rapport de la majorité, sont séduisants en théorie, mais complètement impraticables. Il faudra attendre encore longtemps avant qu'un groupe de spécialistes reconnaisse que le médecin ordinaire travaille en corrélation avec lui.

Nous désirons préciser que cette discussion sur la pratique collective ne concerne pas les associations de médecins qui font partie du personnel des hôpitaux, non plus que leurs relations ou leurs consultations dans les cliniques.

En tant qu'organismes distinctifs, les groupes de spécialistes sont très précieux au point de vue du diagnostic et du traitement des cas difficiles ou compliqués, mais dans 85 p. 100 des maladies, ce qui constitue la pratique du médecin de famille, le médecin particulier peut donner dans son propre bureau un service plus efficace et à meilleur marché que dans une clinique.

En d'autres termes, la minorité n'a pas confiance dans l'organisation comme solution du problème, et met en doute la valeur de la pratique collective. La minorité, à l'exception de deux membres, désapprouve l'assurance-santé, mais est d'avis que si l'on doit l'adopter, il faudrait accepter le plan obligatoire en se basant sur l'expérience des pays d'Europe. Voici les recommandations de la minorité:

I

La minorité recommande de faire cesser la concurrence gouvernementale dans l'exercice de la médecine et de restreindre les fonctions de l'Etat (a) au soin des indigents et des malades qui ne peuvent être traités que dans les institutions gouvernementales; (b) à l'encouragement de la santé publique; (c) à l'appui des services de santé affectés à la Division des levés géodésiques et côtiers de l'Armée et de la Marine, et des autres services d'Etat qui ne peuvent être confiés au corps médical en général, en raison de leur nature ou de l'endroit où ils se trouvent; (d) au soin des anciens combattants souffrant d'infirmités et de maladies contractées dans les services, sauf dans les cas de tuberculose et de maladies nerveuses et mentales.

II

La minorité recommande d'accroître les services gouvernementaux de soin aux indigents, afin de soulager en dernière analyse le corps médical de ce fardeau.

III

La minorité s'unit au Comité pour recommander à toutes les grandes et les petites collectivités de considérer l'étude, l'évaluation et la coordination du service de santé comme les fonctions importantes; de former des organismes destinés à les exercer; et d'accorder une attention particulière à la coordination des services ruraux et urbains.

IV

La minorité recommande l'union des efforts pour redonner au médecin ordinaire la place principale dans l'exercice de la médecine.

V

La minorité recommande de combattre avec vigueur et ténacité la pratique corporative de la médecine, commanditée par l'entremise d'organismes intermédiaires, parce qu'elle est un gaspillage, économiquement parlant, et qu'elle est contraire au perfectionnement continu et bien soutenu des soins médicaux ou constitue une exploitation injuste du corps médical.

VI

La minorité recommande de mettre soigneusement à l'essai les méthodes susceptibles de s'adapter d'une façon convenable à nos institutions et à nos organismes actuels, sans porter atteinte aux principes fondamentaux de l'exercice de la médecine.

VII

La minorité recommande aux associations médicales d'état ou de comté d'élaborer des plans sur les soins médicaux.

Les principes d'un plan d'association médicale d'état ou de comté sont les suivants:

1. Il doit être sous la direction du corps médical (Un "Comité du contentieux" comprenant des représentants du public, pour régler les différends, est admissible et opportun).
2. Il doit assurer le libre choix du médecin, non seulement en droit, mais aussi en fait.
3. Il doit comprendre tous les membres de l'association médicale de comté, ou du moins une grande majorité d'entre eux.
4. Les fonds doivent être administrés sur une base non lucrative.
5. Il devrait pourvoir à ce que le malade paie directement un certain montant minimum, et à ne faire contribuer la caisse commune que pour la portion qui dépasse les moyens du patient.
6. Il devrait prendre les dispositions requises pour le soin collectif des indigents.
7. Il doit être complètement distinct de tout programme comportant des prestations en espèces.
8. Il ne doit pas demander de certificat d'invalidité au médecin qui soigne la maladie ou la blessure.

On verra en général qu'il y a conflit d'opinions entre les membres du comité, qui sont médecins et ceux qui ne le sont pas. On semble craindre (et cela s'est manifesté dans tous les pays) que le corps médical aurait beaucoup à perdre, si la direction commerciale et l'élaboration des plans de la médecine socialisée devaient être confiées surtout à des gens qui ne sont pas du métier. Cependant, l'EXPÉRIENCE n'indique pas qu'il en

serait ainsi. En Russie, le corps médical s'est opposé à la médecine socialisée et y a mis tant de fermeté que, durant la terrible épidémie de typhus, le premier ministre Staline a dû s'en mêler et soutenir d'une façon péremptoire que si les médecins n'unissaient pas leurs efforts pour tuer le microbe du typhus, celui-ci tuerait le socialisme russe. Maintenant, ce n'est plus la même chose.

Tant de controverses se sont élevées au Canada sur les mérites et les résultats du système russe de médecine socialisée, que nous avons jugé sage de profiter d'une occasion qui s'est présentée récemment pour faire une certaine enquête par correspondance. Grâce à la courtoisie de la Légation soviétique à Ottawa et à l'aimable collaboration de la Société des relations culturelles de l'URSS avec les pays étrangers, savoir, la VOKS de Moscou, nous avons appris beaucoup de choses.

Permettez-nous ici de vous faire part des renseignements que nous avons trouvés dans les ouvrages du professeur N. Propper Chraschenkov. Voici ce que dit le professeur Chraschenkov dans ses brochures sur la santé publique en Russie: "Tout ce qui a trait à la santé publique en Russie est entre les mains de l'Etat, et c'est le budget de l'Etat qui y pourvoit. Cela comprend les établissements prophylactiques et épidémiologiques (instituts, laboratoires, centres sanitaires et autres services semblables), les établissements de santé (hôpitaux, dispensaires, cliniques, sanatoriums, stations climatiques, maternités et autres services du même genre), les établissements pour enfants (garderies, centres sanitaires, hôpitaux et sanatoriums pour enfants), la science médicale (instituts de recherches scientifiques, laboratoires), l'école de médecine et l'industrie des fournitures médicales." Le professeur Chraschenkov montre encore que tout le personnel médical du pays, médecins, infirmières, pharmaciens, savants et professeurs, est au service de l'Etat. L'Etat assure au médecin et au savant les conditions de travail les plus favorables à ses occupations, en mettant à sa disposition toutes les dernières réalisations de la science et de la technique médicales."

L'Etat aide le médecin à accroître ses connaissances et son art, en l'envoyant, à certains intervalles, dans des instituts médicaux et des établissements de recherches scientifiques spéciaux, afin de lui permettre de se tenir au courant des derniers progrès de la science médicale.

Le nombre des médecins a grandement augmenté depuis l'avènement du régime des soviets—on en comptait 132,000, en 1937, contre 19,785 dans la Russie des Tsars, en 1913. Aujourd'hui, il y a environ deux fois et demie plus de médecins dans les régions rurales qu'avant la révolution. L'augmentation numérique des médecins s'est avérée encore plus frappante dans les républiques de nationalités non russes. Ainsi, dans celle d'Azerbaïdjan, il n'y avait que 291 médecins avant la révolution, tandis qu'il y en a actuellement 2,840; dans tout le Tajikistan, on ne comptait que 13 médecins, et il y en a maintenant 372. Le travail d'hygiène se fait suivant des plans définis. Le personnel des établissements médicaux sont arrêtés d'avance. Au début de chaque exercice financier, les commissariats d'hygiène du peuple des diverses républiques ainsi que les comités de santé régionaux décident où on a besoin d'hôpitaux, de polycliniques, de maternités, de garderies, de sanatoriums, d'instituts scientifiques, d'écoles de médecine, etc., et combien il faut en construire. On détermine en même temps les tâches les plus importantes de l'année qui commence. La direction centrale de toute œuvre de santé publique permet d'utiliser convenablement tous les services du pays, d'appliquer d'une façon générale les dernières réalisations de la science médicale et d'unifier les méthodes de travail. Les établissements et les organismes médicaux de l'Union soviétique ne sont pas des institutions isolées ou

séparées, mais ils sont étroitement liés et travaillent selon un plan commun de mesures préventives et curatives.

Tout le système de la santé publique de l'Union soviétique est basé sur la médecine préventive. Les efforts et les moyens sont orientés premièrement vers la prévention des maladies et la protection de la population à cet égard. Le système de santé publique comprend de nombreux et vastes organismes sanitaires spécialisés, qui se livrent au travail à pied d'œuvre en matière d'hygiène industrielle, de protection ouvrière, de salubrité domestique et municipale d'hygiène alimentaire, et qui combattent les épidémies. Il existe un réseau considérable d'instituts de recherches scientifiques sur l'hygiène, de centres sanitaires et de laboratoires, qui servent de bases au travail prophylactique des hygiénistes. Les mesures prophylactiques ne sont cependant pas uniquement le fait des organismes sanitaires. Tout le système de santé publique soviétique s'en occupe. Même les établissements où l'on soigne les malades, ainsi que les thérapeutes appuient leurs travaux sur la médecine préventive. C'est pourquoi l'hygiène est une science qui occupe une place très importante dans le programme de toutes les écoles de médecine.

Les associations ouvrières font beaucoup pour venir en aide aux institutions de la santé publique. Chaque soviét urbain et régional a son service de santé. Les hôpitaux et les instituts de prophylaxie sont assurés de la collaboration des commissions publiques. On organise des commissions sanitaires dans les maisons d'appartements; les fermes collectives ont leurs inspecteurs sanitaires. Les membres de ces commissions et les inspecteurs sont élus par les gens de l'endroit, et suivent des cours spéciaux dans les centres d'enseignement de l'hygiène.

Ces commissions et ces inspecteurs de fermes collectives contrôlent le travail des établissements médicaux et les aident à appliquer les mesures prophylactiques, en intéressant le public aux questions de prévention des maladies et en leur faisant comprendre la nécessité d'observer les règlements de l'hygiène au foyer et à l'usine. Les centres d'enseignement de l'hygiène ont été inaugurés par le gouvernement soviétique. Leur mission est de diriger tout le travail éducatif en matière d'hygiène dans leur territoire. Ils publient des affiches et des brochures, présentent des films, préparent des expositions, distribuent des tracts, organisent des conférences sur l'hygiène, etc.

Le service soviétique de la santé publique a été d'une telle efficacité en raison de la nature même du système social et national de l'URSS, qui a mis fin pour de bon au chômage, à la pauvreté et à la misère, en abolissant l'exploitation de l'homme par l'homme. Dans un laps de temps étonnamment court, le régime socialiste a réussi à hausser énormément le niveau matériel et culturel de la population tout entière, jetant ainsi des bases solides pour faire du travail fructueux dans le domaine de la santé publique.

La restauration de l'industrie et de l'agriculture, grâce à la technique des machines modernes, s'est accomplie en pleine harmonie avec les exigences scientifiques de l'hygiène et de la salubrité industrielles. La construction des nouvelles villes et la reconstruction des anciennes se font également suivant ces exigences. Ainsi, avant la révolution, 222 villes avaient des canalisations principales et 33 avaient des services d'égout, contre 384 et 112 respectivement, en 1938. Il ne faut pas oublier, en passant, que même s'il existait des canalisations principales et des services d'égout dans certaines villes de la Russie des Tsars, ces installations ne se trouvaient que dans les quartiers centraux, habités par les gens riches. Les canalisations principales, les services d'égout et de lumière électrique ne se rendaient pas jusqu'aux faubourgs et aux bas quartiers où demeuraient les classes ouvrières.

Il y a longtemps que les bas quartiers ont disparu dans les villes de l'Union soviétique, et les banlieues sont devenues des approches bien pourvues, qui l'emportent dans plusieurs cas sur les quartiers centraux, au double point de vue des améliorations municipales et de la disposition architecturale.

Les services publics sont largement répandus dans les fermes collectives. La république socialiste soviétique arménienne, par exemple, a installé dans les centres ruraux 34 canalisations principales, ayant une longueur globale de 99,5 milles et desservent 53 villages dont la population est de 108,640 habitants. La république socialiste soviétique autonome de Daghestan a construit 138 canalisations principales dans les régions rurales, et 23 autres sont actuellement en voie de construction. La république autonome de la Tartarie en a construit 38 à la campagne, et est en train d'en construire 9 autres. Avant la révolution, ces républiques n'avaient pas une seule canalisation principale.

La consommation individuelle d'albumine en URSS dépasse aujourd'hui 100 grammes par jour, par rapport à une moyenne de 35 à 40 grammes en Allemagne, par exemple. Quelque 20,000,000 de personnes utilisent les services des entreprises d'approvisionnement publiques en Russie soviétique. Les salles à manger publiques et les restaurants ont aussi des tables diététiques spéciales.

En même temps, les salaires des ouvriers augmentent sans cesse. La liste de paie nationale qui était de 34,953,000,000 de roubles, en 1933, s'élevait à 96,525,000,000 de roubles, en 1938. Le salaire annuel moyen d'un ouvrier de l'industrie était de 1,533 roubles en 1933 et de 3,447, en 1938. La constitution de l'URSS assure à la classe ouvrière russe le droit aux services médicaux gratuits, la sécurité pour la vieillesse, l'entretien dans le cas d'invalidité et la protection nationale des intérêts de la mère et de l'enfant. Tous les soins médicaux, des premiers secours à l'opération chirurgicale la plus compliquée, sont donnés gratuitement aux classes ouvrières de l'Union soviétique.

Tous les genres de secours médicaux, les méthodes les plus modernes de diagnose et de traitement, les analyses de laboratoires, les radiographies, les soins physiothérapeutiques, l'hospitalisation, les cures au sanatorium, la radium-thérapie, les services de maternité, où des méthodes d'accouchement sans douleur ont été mises au point, les soins dentaires, la fourniture d'appareils orthopédiques, etc., sont à la disposition des ouvriers russes et de leur famille, sans que cela coûte rien.

Le citoyen russe reçoit les soins de l'établissement de la santé publique à partir du jour même de sa naissance. Dès qu'un enfant vient au monde, on l'inscrit au centre régional de protection de l'enfance. Cela veut dire qu'il sera sous la surveillance constante d'un médecin. La mère recevra des instructions concernant le soin de l'enfant, son régime, sa diète et la manière de bien l'élever. L'enfant sera vacciné et inoculé contre les maladies contagieuses, et recevra les soins du médecin, à la maison ou dans un hôpital pour enfants, s'il est malade.

Les centres de protection de l'enfance n'attendent pas qu'on leur demande du secours. Les médecins et les infirmières qui en font partie, causent avec l'enfant à la maison, se renseignent sur ses conditions de vie et conseillent les parents sur la façon d'en prendre soin. Dans toute la Russie des Tsars, il n'y avait que 9 centres de protection des mères et de l'enfance; aujourd'hui, on en compte 4,385 en URSS. Ces centres de protection de l'enfance sont pourvus de cuisines-laiteries. Les bébés y obtiennent les produits laitiers nécessaires, d'après les ordonnances du médecin; les enfants malades sont soumis à un régime spécial. Les garderies acceptent les enfants à partir de l'âge de 28 mois. La mère peut y laisser son enfant quand elle va travailler. Là, l'enfant est sous la surveillance de médecins et d'infirmières diplômées. Outre les garderies ordinaires, on établit des garderies saisonnières pendant le temps des moissons, dans les localités rurales.

En 1937, les garderies soviétiques (y compris les garderies saisonnières) ont pris soin d'environ 4,000,000 d'enfants. On y accepte les enfants jusqu'à l'âge de trois ans et demi, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la période où ils sont le plus sujets à la maladie en général et aux maladies contagieuses. Voilà pourquoi les garderies relèvent du service du peuple de la santé publique. Les enfants de plus

de trois ans et demi sont admis dans les jardins d'enfance, qui relèvent du service du peuple de l'éducation.

Le nombre des établissements de protection médicale pour la mère et l'enfant augmente tous les ans: Au cours des trois dernières années seulement, leur budget a plus que triplé, et a atteint en 1937, la somme globale de 1,371,000,000 de roubles.

Les centres de protection maternelle, dont le nombre s'élève à 4,384 dans le pays, procurent la direction médicale aux futures mères qui s'y inscrivent durant les tout premiers mois de leur grossesse. Elles y reçoivent les conseils du médecin, aux frais de l'Etat.

Les ouvrières et toutes les autres femmes qui travaillent hors du foyer ont droit à un congé de maternité payé de 35 jours avant et de 28 jours après les couches. Les centres maternels envoient la future mère dans une maternité pour y faire ses couches.

En 1937, il y avait plus de 120,000 lits dans les maternités, en URSS, contre 6,824 seulement dans la Russie des Tsars. Un grand nombre d'institutions scientifiques et pratiques pour les travaux d'obstétrique ont été établies en Russie soviétique.

Un décret du gouvernement de l'Union soviétique, promulgué en 1936, interdit l'avortement, sauf dans les cas où la grossesse menace la vie ou la santé de la femme ou dans ceux où il y a danger que l'enfant hérite d'une maladie grave de ses parents.

Ce n'est que sous le régime socialiste, système où il n'y a pas d'exploitation, où la femme jouit de l'égalité de citoyenneté et l'enfant est protégé et en mesure d'envisager un avenir assuré, vu que sous ce régime le progrès constant du bien-être matériel de toute la classe ouvrière est une loi du développement social, qu'il est possible de faire une lutte sérieuse à une attitude irréfléchie envers la famille et les obligations familiales, et de combattre l'avortement par des lois prohibitives, ainsi que par d'autres moyens.

Aussi, conscient des effets préjudiciables bien connus de l'avortement, le gouvernement soviétique s'est-il rendu aux nombreuses demandes des ouvrières russes et a-t-il promulgué ce décret. Il a établi en même temps un système de prestations-maternité d'Etat pour les mères de grosses famille. Du 27 juin 1936 (date de l'entrée en vigueur du décret) au 1er janvier 1939, 2,100,000,000 de roubles ont été versés par l'Etat aux mères de familles nombreuses. Les enfants reçoivent des secours médicaux dans les polycliniques, les dispensaires et les hôpitaux pour enfants.

La première polyclinique pour enfants de Moscou a célébré récemment son vingtième anniversaire. Cette polyclinique fut inaugurée lors du premier anniversaire du régime soviétique. Elle a un personnel de 70 médecins et spécialistes. On y reçoit tous les jours cinq à six cents enfants. Elle est pourvue de services Roentgen et de physiothérapie, possède son propre laboratoire et un sanatorium de 70 lits, où les enfants suivent des traitements le jour et retournent coucher à la maison.

Anciennement, il n'y avait aucun établissement de ce genre. Ce n'est que sous le régime soviétique que ces institutions ont fait leur apparition dans le pays. Maintenant, chaque partie de la Russie soviétique possède ses hôpitaux et ses cliniques pour enfants. Tous les enfants et les adolescents sont soumis à un examen médical annuel, au printemps. C'est à cette époque que l'on fait la sélection des enfants qui ont besoin d'aller dans les maisons de repos et les sanatoriums.

En 1938, plus de 400,000 enfants et adolescents ont fait la cure dans les sanatoriums infantiles, et quelque 2,000,000 d'écoliers ainsi que des centaines de milliers d'enfants d'âge pré-scolaire ont passé leurs vacances d'été dans des camps de santé.

Les soins accordés aux enfants et aux adolescents en Russie soviétique se reflètent dans les lois ouvrières du pays; le travail est strictement interdit aux enfants de moins de 14 ans; les mineurs de 14 à 16 ans ne peuvent faire que quatre heures par jour de travail léger, et les journées de travail pour les adolescents de 16 à 18 ans, sont de six heures. Les adolescents doivent subir un examen physique complet avant de commencer à travailler, afin de déterminer quel est le genre de travail auquel ils peuvent se livrer par rapport à leur état de santé. Les dépenses colossales que l'on a faites pour les jardins d'enfance, les garderies, les maternités, les cuisines-laiteries, les sanatoriums, les colonies de vacances et les maisons de repos pour les mères et les enfants, ont donné de merveilleux résultats.

Au cours des années du régime soviétique, la mortalité infantile a diminué de plus de 50 p. 100. Le développement pectoral des enfants russes accuse, par rapport à ceux de la Russie des Tsars, une augmentation moyenne d'un pouce, et leur taille s'est accrue en moyenne d'un pouce et un quart. Ainsi, les adolescents qui travaillaient aux usines Kolomma étaient, en 1937, d'un pouce et trois quarts à deux pouces plus grand et pesaient onze livres et demie de plus qu'en 1925.

La tâche opiniâtre qui se poursuit en vue de prévenir les accidents de travail est aussi d'une grande importance dans l'Etat soviétique, puisqu'elle a pour but de protéger la vie et la santé de l'ouvrier lui-même, facteur le plus précieux de l'URSS.

Un certain nombre d'instituts qui s'occupent spécialement des accidents de travail et de l'orthopédie, ont été établis en Russie soviétique. Ils constituent des centres de méthodologie, s'adonnant à la fois à l'étude des accidents de travail ainsi que des moyens de les combattre, et à la formation du personnel nécessaire pour mettre ces derniers à exécution.

Par suite de l'introduction constante et toujours croissante de machines automatiques dans l'industrie et de l'emploi obligatoire de mesures et d'appareils de sécurité, les accidents de travail ont accusé une énorme diminution en URSS. Sous ce rapport, il est intéressant de remarquer que chez les ouvriers les plus habiles et les plus avancés, qui ont participé au mouvement de Stakhnov et fait preuve d'une grande capacité de rendement, les accidents de travail sont en général moins fréquents que parmi les autres ouvriers.

L'établissement de nombreux postes de secours dans les usines et les fermes collectives, ainsi que le fait que les gens qui reçoivent des blessures au travail, ont libre accès à de plus amples soins médicaux, ont amené une brusque diminution dans les conséquences pernicieuses des accidents de travail.

Inaugurés sous le régime soviétique, les postes de secours dans les usines et les autres entreprises, ont joué un rôle extrêmement important dans la création de conditions de travail salubres et dans la lutte contre les accidents. Il existe aujourd'hui 7,631 postes de ce genre en URSS. Ces services donnent les soins médicaux, s'occupent de la protection de la santé, contrôlent les conditions hygiéniques des diverses entreprises, établissent des mesures pour diminuer la maladie et les accidents, soignent les ouvriers qui tombent malades, et déterminent quels sont ceux qui doivent être envoyés dans les stations climatiques, les maisons de repos et les sanatoriums, ou qui ont besoin de suivre un régime spécial dans les restaurants diététiques. Ces postes dirigent les ouvriers qui exigent des traitements spéciaux ou plus techniques sur les polycliniques ou les dispensaires régionaux. Les polycliniques sont pourvues de spécialistes dans toutes les principales branches de la médecine; elles possèdent toutes sortes d'instruments médicaux, donnent des soins physiothérapeutiques et radiographiques, et ont leurs propres laboratoires.

Il y a sept fois et demie plus de polycliniques dans le pays, depuis l'avènement du régime soviétique, et on y soigne dix fois plus de patients qu'auparavant. Certaines polycliniques urbaines reçoivent de 1,000 à 4,000 malades par jour. La

polyclinique centrale pour les cheminots de Moscou à un personnel de quelque 1,000 membres, dont 400 médecins.

Une certaine zone de la région où se trouve la polyclinique, est assignée à chacun des thérapeutistes. Le médecin dessert la population de ce territoire. Il reçoit les gens de la zone qui lui est assignée, à la polyclinique, et les visites à la maison. Mais ce médecin de famille est incomparablement mieux partagé que l'ancien médecin particulier de la Russie des Tsars. Il a à sa disposition toutes les dernières créations de la science médicale, y compris les appareils radiographiques et les laboratoires. Il peut envoyer son patient à n'importe quel spécialiste de la polyclinique ou en faire venir un à la maison du malade pour fins de consultation; il peut faire suivre au patient une série de traitements physiothérapiques et recourir aux services d'un personnel compétent d'auxiliaires de la médecine. Dans la Russie capitaliste, la tuberculose et les maladies vénériennes étaient extrêmement répandues parmi les ouvriers et les paysans, par suite de l'exploitation rigoureuse de la classe ouvrière, du chômage, de la pauvreté, de la situation opprimante et tyrannique de la femme, et des conditions insalubres des logements ouvriers. Le corps médical était impuissant à combattre ces maladies.

Le système socialiste a mis fin aux conditions sociales qui avaient engendré ces fléaux. Grâce à leurs 5,000 médecins pour les maladies vénériennes, employés dans 2,225 institutions médicales, les services d'hygiène de l'Union soviétique ont réussi à réduire considérablement la contamination vénérienne. Ainsi, les cas de syphilis de l'URSS ne représentent qu'un dixième de ceux de la Russie d'avant la révolution, et les nouveaux cas sont excessivement rares. La principale source de contamination syphilitique était la prostitution (54 p. 100 de tous les cas). Il n'y a pas de prostitution en URSS, depuis que le socialisme a supprimé le chômage, la pauvreté et l'indigence, éliminant par là les causes économiques de la prostitution. En 1935, par exemple, il n'y avait pas un seul cas de syphilis chez les jeunes gens des grandes villes, des villages et des fermes collectives des principales régions industrielles et agricoles de l'URSS, qui furent appelés à servir dans l'armée rouge.

Les services d'hygiène de l'Union soviétique ont remporté un succès tout aussi considérable dans la lutte contre la tuberculose qui a subi une diminution de 83 p. 100 depuis la révolution russe. Dans les grandes villes de l'URSS, il y a aujourd'hui plus que la moitié moins de mortalité causée par la tuberculose que dans la Russie des Tsars. On accorde une attention particulière à la lutte contre la tuberculose infantile. Aussi ne s'est-on pas contenté d'édifier des sanatoriums pour les enfants tuberculeux, mais on a construit des écoles spéciales de prophylaxie, aménagé des camps et des terrains de santé pour les enfants, dans toute l'URSS. Il y a plus d'un millier de dispensaires affectés à la prévention de la tuberculose chez les personnes prédisposées à cette maladie, et au traitement de ceux qui en sont atteints, tandis qu'il n'existait pas une seule institution de ce genre dans la Russie des Tsars.

Les hôpitaux urbains ont quatre fois plus de lits qu'avant la révolution. Il y avait 396,000 lits dans les hôpitaux urbains, en 1937, contre 89,200, en 1913. Les républiques habitées par des nationalités non russes, constituent un exemple particulièrement frappant à cet égard, car les charlatans et les sorciers de toutes sortes y étaient autrefois grandement en honneur, par suite du manque de secours médicaux chez la population. Aujourd'hui, on compte plus de 3,000 lits d'hôpital dans la République socialiste soviétique du Turkménistan, comparés à 200 seulement auparavant; dans celle de l'Uzbékistan, le nombre des lits d'hôpital est passé de 600 à 9,200, pour ne citer que celles-là.

Outre l'augmentation numérique, il convient de signaler l'aspect qualitatif des hôpitaux soviétiques, l'existence de services dans toutes les principales branches de la médecine (thérapeutique, chirurgie, neurologie, tuberculose, maladies contagieuses des enfants, gynécologie, obstétrique, et parfois des

services d'ophtalmologie), les installations techniques (traitements aux rayons X et autres, bains hydroélectriques, et les bains de boue, dans plusieurs grands hôpitaux), ainsi que les méthodes diététiques d'hôpital, mises au point par le professeur Pevsner, savant russe. Les hôpitaux disposent de personnels très expérimentés et peuvent en plus bénéficier des services des professeurs pour fins de consultation, et même les faire venir des grandes villes.

L'usine de textile Dzershinsky est l'une des plus grosses manufactures de Moscou. Avant la révolution, cette entreprise appartenait à un industriel du nom de Prokhorov. Elle était même munie d'une certaine sorte de clinique à cette époque: lits d'hôpital, un médecin et un aide-major. Quelques rares ouvriers pouvaient profiter des services de cette clinique, sans toutefois être assurés d'y recevoir des soins médicaux professionnels.

Aujourd'hui, le budget annuel de l'hôpital affecté à cette usine se chiffre à environ un million de roubles. Il y a 100 médecins et professeurs expérimentés au service des ouvriers de l'usine et des membres de leurs familles. Tout patient a droit aux soins des professeurs, y compris les spécialistes de renommée universelle. Cet hôpital est muni d'une salle de maternité, de services de radiographie et de physiologie, et d'un laboratoire de chimie et de bactériologie. Le service dentaire se trouve dans l'hôpital même de l'usine.

Citons un autre exemple. Du temps des Tsars, il n'y avait que deux petits hôpitaux avec trois médecins, dans le vaste centre industriel Orekkovo-Xuevo. Aujourd'hui, il s'y trouve mille lits d'hôpital et cinquante médecins. Les médecins ne couraient pas les rues dans les villages de la Russie des Tsars. Les sorciers guérisseurs et les sages-femmes ignorantes de carrefour régnaient en maîtres. C'étaient les seules personnes sur lesquelles la population rurale pouvait compter pour obtenir des secours "médicaux". Maintenant, il existe des centres médicaux dans toutes les campagnes. Ces centres possèdent des hôpitaux, des cliniques, des postes de secours, des services d'obstétrique, des maternités pour les fermes collectives, des centres de protection pour les mères et les enfants, des garderies, des services de prévention de la tuberculose, des maladies vénériennes et de la malaria. Un grand nombre de ces centres sont pourvus d'appareils Roentgen et physiothérapiques, et de laboratoires. De grands hôpitaux, des dispensaires et des polycliniques ont été construits dans les villes centrales de la région rurale.

En 1937, il y avait 175,955 lits d'hôpital dans les campagnes, comparés à 49,423 seulement, en 1913. Les hôpitaux pour femmes en couches sont maintenant en mesure de loger 54,317 mères, contre 4,611, sous l'ancien régime. Il y a actuellement 1,626 centres ruraux de protection infantile et maternelle, tandis qu'il n'en existait pas un seul avant la révolution. En 1937, 370,000 enfants se trouvaient dans les garderies ordinaires, et 3,500,000, dans les garderies saisonnières. Les institutions de santé urbaines sont toujours prêtes à venir en aide aux localités rurales isolées, en cas de nécessité, en dépêchant des médecins par avion.

Le gouvernement soviétique prend toutes les mesures possibles pour améliorer les services des médecins de campagne; ceux-ci touchent un traitement plus élevé, ont toutes sortes d'avantages matériels à leur disposition, et vont tous les trois ans suivre un cours d'études spécialisées de trois mois, dans un institut de médecine, pendant lequel ils continuent à recevoir le plein montant de leur traitement, ainsi qu'une allocation supplémentaire.

Un nombre toujours croissant de personnes ont recours aux traitements médicaux. Il y a des centaines de sanatoriums dans les stations climatiques de la Russie soviétique. En 1937, plus d'un demi-million de personnes ont fait des cures dans les sanatoriums, sans compter les 200,000 patients des cliniques et les milliers d'individus qui sont passés de leur propre gré par les stations climatiques, sans y être envoyés par un service de santé.

Chaque année, plus de deux millions de personnes passent leurs vacances dans des maisons de repos. Dans la Russie des Tsars, les stations climatiques ne pouvaient loger que quelque 3,000 estivants. Aujourd'hui, les sanatoriums

logent 80,000 personnes. Autrefois, les stations climatiques étaient réservés aux riches, aux grands propriétaires fonciers, aux marchands, aux nobles, aux officiers de l'armée, aux hauts fonctionnaires de l'Etat, et aux dignitaires du clergé. Le prolétariat en était exclu. De nos jours, toutes les stations climatiques sont au service des prolétaires et de leurs familles. Plusieurs maisons et châteaux de campagne qui appartenaient jadis à la famille royale et à l'aristocratie, ont été transformés en sanatoriums. Un grand nombre de nouveaux sanatoriums, qui sont en réalité des châteaux, ont été construits.

Outre la construction d'excellentes nouvelles stations climatiques, des améliorations considérables ont été apportées aux vieilles stations. La station climatique Sochi-Matsesta en constitue un exemple frappant. De nouveaux sanatoriums de premier ordre y ont été ouverts. Un merveilleux nouveau service de balnéothérapie a été construit, et de nouvelles sources sulfureuses ont été découvertes.

En plus des fameuses stations climatiques de la Crimée et du Caucase, qui sont connues dans le monde entier, de nombreuses autres nouvelles stations climatiques ont été construites dans d'autres parties de l'U.R.S.S. Chaque république de l'Union ou autonome possède ses stations locales de balnéothérapie et de climatothérapie.

L'envergure toujours croissante et le développement rapide des services de la santé publique en U.R.S.S. exigent un nombre de plus en plus considérable de travailleurs en ce domaine. Les écoles de médecine, où les nouveaux médecins font leur apprentissage, sont des institutions d'Etat. L'Union soviétique compte maintenant 72 collèges de médecine indépendants, comprenant un groupe de plus de 100,000 étudiants. L'enseignement est gratuit, et l'Etat accorde des bourses à la plupart des étudiants. Chaque gradué des écoles supérieures soviétiques sait d'avance où il va travailler. Les commissaires de la santé publique de l'U.R.S.S. et des diverses républiques de l'Union ou leurs adjoints s'arrangent pour causer avec chacun des jeunes médecins afin de pouvoir déterminer quels sont le genre de travail et le poste qui leur conviennent le mieux. Naturellement, on tient compte des intérêts personnels de chaque individu ainsi que des besoins de l'Etat. Plus de 80 p. 100 des médecins qui pratiquent aujourd'hui en U.R.S.S. sont des nouveaux médecins; ils ont été diplômés dans les écoles de médecine, sous le régime soviétique.

Les médecins, les savants et les professeurs sont en grande estime dans l'Union soviétique. Le respect dont ils sont l'objet, se traduit admirablement par le fait qu'un grand nombre de médecins et d'hommes de science ont été élus membres des soviets suprêmes de l'Union et des républiques autonomes.

PLUSIEURS ADEPTES DE LA SCIENCE MÉDICALE ONT ÉTÉ DÉCORÉS PAR LE GOUVERNEMENT SOVIÉTIQUE POUR LEUR SERVICE SIGNALÉ DANS LE DOMAINE DE LA SCIENCE ET DE LA MÉDECINE.

En U.R.S.S. la science médicale est intimement liée à la pratique. Il y a 9,600 savants dans les 297 institutions de recherches scientifiques sur les diverses branches de la médecine. Grâce à l'abondance des données de clinique et à leurs recherches approfondies, ces hommes de science sont en mesure de résoudre tout problème médical de première importance.

Les travaux de feu l'académicien Pavlov et de ses nombreux disciples, parmi lesquels on remarque les académiciens Orbeli et Speransky, ainsi que le professeur Razenkov, sont connus dans le monde entier. De même, les travaux de l'académicien Burdenko dans le domaine de la nérochirurgie ont acquis une grande célébrité.

Divers instituts scientifiques, y compris l'Institut des maladies cérébrales, sous la direction du professeur Osspov, à Leningrad, et du professeur Sarkissov, à Moscou, ont obtenu de merveilleux résultats. Le plus remarquable parmi les

nombreux instituts scientifiques et expérimentaux, est l'institut de médecine expérimentale Gorky, qui existe dans toutes les républiques de l'Union. Cet institut a pour tâche de faire une étude complète de l'organisme humain en se basant sur les théories et la pratique contemporaines de la science médicale; de découvrir de nouvelles méthodes de diagnostic, de traitement et de médecine préventive, basées sur les plus récentes réalisations dans les domaines de la biologie, de la chimie et de la physique; et de créer de nouveaux appareils pour les laboratoires et les cliniques. Ses recherches embrassent toutes les branches de la médecine théorique ainsi que celles des autres sciences qui y sont le plus utiles. Cet institut possède également ses propres cliniques. Un nouvel édifice pour le VIEM, qui coûtera quelque 89,000,000 de roubles, est actuellement en voie de construction.

L'Etat soviétique affecte des fonds énormes au progrès de la science. En basant son travail sur les grands développements scientifiques, le système soviétique de la santé publique a obtenu des résultats merveilleux en ce qui concerne l'amélioration de la santé des gens. Il y est parvenu grâce au progrès économique et culturel du pays en général, ainsi qu'au concours des masses ouvrières. En 1937, le taux de mortalité de l'U.R.S.S. avait diminué de 40 p. 100 par rapport à celui de la Russie des Tsars, en 1913, et à Moscou la mortalité accusait une diminution de plus de 50 p. 100, comparés à celle de 1913. La mortalité infantile a été réduite de moitié en U.R.S.S. Quant au taux de natalité, il augmente sans cesse; les chiffres de 1937, par exemple, accusaient une augmentation de 18 p. 100 sur ceux de 1936. L'accroissement naturel de la population a plus que doublé à Moscou: elle est passée de 9.1 à 18.6 par 1,000 habitants, de 1913 à 1937.

Au cours du troisième Plan quinquennal (1938-42), la population de l'Union soviétique a fait des progrès encore plus rapides dans la voie de la santé et du bonheur.

La situation au Canada

L'exercice de la médecine au Canada ressemble beaucoup à celle des Etats-Unis. C'est la pratique individuelle ainsi que l'attention insuffisante de la part des ministères de la Santé qui domine, et les seuls plafonds des prix ou surveillance existants sont ceux qu'imposent les associations médicales. Les restrictions et le manque de services en ce qui concerne l'enseignement de la médecine, les cliniques dont l'organisation laisse à désirer au point de vue de la diagnose ou de l'usage d'installations et d'organismes connus de la science médicale, sont courants, et un grand nombre de nos médecins sont dépourvus des installations existantes; bref, il s'agit d'un système au petit bonheur, qui a eu pour résultat que 44 p. 100 de nos jeunes gens ont été trouvés inaptes au service militaire.

Le taux moyen de la mortalité maternelle a été de 5.7 de 1926 à 1930 et de 5.1 de 1931 à 1935. Sur les vingt-six principaux pays du monde, le Canada s'est classé le vingt-deuxième. Voici ce que dit le Comité national de l'hygiène mentale (Canada):

D'après le dernier recensement de 1931, nous avons un total de 55,513 hygiénistes:

- 10,031 médecins et chirurgiens
- 4,039 dentistes
- 20,474 infirmières diplômées
- 11,436 apprenties infirmières
- 6,702 infirmières non diplômées
- 869 opticiens
- 542 ostéopathes et chiropraticiens
- 1,420 autres experts en hygiène

Selon les normes fixées par le Comité des soins médicaux, des Etats-Unis, il nous manque 4,769 médecins et 6,323 dentistes. Cette insuffisance se base sur

la supposition que toute la population recevrait des soins médicaux et qu'il faudrait à cette fin, une proportion d'un médecin par sept cents personnes et d'un dentiste par mille personnes.

D'après le système actuel, la proportion est de 1 à 1,034 pour les médecins et de 1 à 2,566 pour les dentistes. Cela est pour tout le Canada. Mais, si nous étudions le cas des provinces, nous constatons une variation considérable dans le rapport du personnel médical avec la population. Ainsi:

La proportion des médecins varie de 1 médecin pour 872 personnes, en Ontario et de 1 médecin pour 1,578 personnes, en Saskatchewan.

Il y a concentration du personnel médical dans les centres peuplés du Canada. Mais les 28 p. 100 que cela représente, sont desservis par 45 p. 100 des médecins, 48 p. 100 des infirmières et 49 p. 100 des dentistes.

Le personnel médical se concentre dans les grandes villes, parce qu'il y a plus de chances de succès et plus de confort; et, en outre, parce qu'il y a de meilleurs services à sa disposition, services qu'il a appris à utiliser et sur lesquels ils compte pour pratiquer. Les spécialistes s'établissent dans les grandes villes, vu qu'il ne peuvent s'attendre à gagner leur vie que dans les localités les plus peuplées. Il en résulte que les chances de trouver des moyens d'existence l'emportent sur les véritables besoins médicaux de la population, dans la répartition des médecins, des dentistes et des infirmières. Il y a, au Canada, 864 hôpitaux ayant suffisamment de lits pour recevoir 85,801 patients. Ces institutions sont réparties comme suit: 31 hôpitaux pour les tuberculeux, avec 6,044 lits; 58 hôpitaux pour les maladies mentales, avec 30,516 lits et 775 hôpitaux généraux et autres, avec 49,241 lits. Il y a une variation marquée dans le pays, en ce qui concerne les lits d'hôpital. Ainsi, nous trouvons 1 lit de tuberculeux pour 1,187 personnes, au Nouveau-Brunswick contre 1 pour 3,484 personnes, en Alberta. Dans les hôpitaux pour maladies mentales, nous voyons 1 lit pour 293 personnes, dans l'Île du Prince-Edouard par rapport à 1 pour 628 personnes, au Nouveau-Brunswick. Dans les hôpitaux généraux et autres, il y a 1 lit pour 135 personnes, en Colombie-Britannique par comparaison avec 1 pour 489 personnes, dans l'Île du Prince-Edouard.

Il nous faut au moins 3,500 lits de plus pour les tuberculeux, dont 3,000 seront nécessaires dans Québec et les Maritimes, et 500, en Ontario et les provinces de l'Ouest.

Durant la crise, on a donné pour la première fois, au Canada, des soins médicaux aux personnes assistées, sans se soucier de leur solvabilité. Il en est résulté que plusieurs ont refusé d'accepter de l'emploi, surtout dans les cas où les salaires peu élevés ne permettraient pas d'atteindre un niveau de vie convenable ni de recevoir des soins médicaux. Une telle situation est déplorable. On a accordé peu d'attention à l'encouragement de l'enseignement de la médecine. En réalité, il y a eu tendance à laisser l'association médicale avoir un gros mot à dire dans les examens de médecine. Il en est résulté un manque de médecins. Cette situation, aggravée par la guerre, a laissé de vastes régions sans médecins et mis le pays dans une position dangereuse, advenant une grande épidémie après la guerre.

En Saskatchewan, nos plans de médecins municipaux ont démontré la possibilité de la médecine d'Etat. L'hôpital municipal d'Eston et le service de la santé sont au-dessus de la moyenne. Il y a un hôpital de 30 lits avec deux médecins, huit infirmières, d'excellents services et certains privilèges d'hospitalisation dans les hôpitaux des grandes villes pour les malades qui ont besoin des soins de spécialistes. Cette institution est dans une bonne situation financière et a un surplus d'environ \$20,000.00. Personne ne se rend mieux compte que les directeurs des plans municipaux de l'avantage des institutions municipales, qui se fédéreraient ensuite en système provincial. La situation est telle au Canada qu'aucune province ne devrait remettre à plus tard l'établissement de la médecine socialisée en prévision d'un plan fédéral d'assurance-maladie. Au mieux un

projet fédéral ne peut être qu'un moyen d'assurer des fonds aux provinces, vu qu'après tout les services médicaux sont une fonction provinciale qui est ainsi prévue dans la Loi de l'A. B. du N. D'après les situations différentes dans les provinces, le service médical est un domaine où chaque province devrait continuer à frayer la voie et il devrait incomber au gouvernement fédéral de l'aider pécuniairement. Si cela est rationnel, alors aucun gouvernement central ne devrait oser imposer les détails de la loi provinciale qu'il faudra nécessairement édicter relativement au bill fédéral. Les questions de finance et certains règlements en vue d'assurer que TOUS aient le même accès aux aménagements ainsi assurés sans limitation du revenu ni exemption du projet devraient prédominer dans les prescriptions fédérales concernant les lois provinciales.

Nul doute que le financement à même le Fonds du revenu consolidé du Canada ne soit le plan le plus équitable qui puisse être proposé. C'est un fonds auquel toute la population contribue proportionnellement à son pouvoir d'achat ou autrement dit, à sa faculté de paiement.

La situation est si urgente qu'on ne devrait pas perdre de temps à tenter d'imposer à la population canadienne un régime difficile à comprendre de répartitions et de perceptions qui comporterait en définitive un grand nombre d'inégalités, beaucoup de confusion, ainsi qu'une multitude de fonctionnaires, percepteurs, etc. Il existe déjà un mécanisme pour la perception des impôts au Canada—pourquoi adopter un programme susceptible d'embarras lorsqu'on se propose d'alléger la misère?

Des embarras tels que les contributions et les répartitions prévues dans l'avant-projet de loi fédéral d'assurance-santé comporteraient, bien entendu, un autre désavantage dans l'exercice de la médecine. Les embarras compromettent le succès de la science médicale et lui sont préjudiciables.

Dans l'étude de la sécurité sociale au Canada il faut tenir compte des pêcheurs des provinces Maritimes et du littoral du Pacifique dont les revenus varient selon les saisons et les conditions économiques. Les problèmes des pomiculteurs diffèrent de ceux des autres industries. Il y a encore l'Ontario industriel et agricole, le Québec avec ses difficultés et problèmes entre employeurs et employés, tandis que nous, de l'Ouest, dépendons de la température, de la situation mondiale du blé et d'une diversité d'autres facteurs.

Les lois provinciales doivent être uniformes en ce qui concerne les subventions fédérales, ainsi que dans leur application à toute la population, parce qu'entre autres motifs, tous les citoyens fournissent les fonds. Il existe une certaine demande en faveur du plafonnement des revenus en vue d'assurer que ceux dont les revenus dépassent une certaine somme restent les clients de la pratique privée. Le bill fédéral n'y met pas obstacle, ce qui explique peut-être la tendance en certains milieux à insister sur l'établissement d'un régime contributif de financement.

Bon nombre de personnes comprennent difficilement pourquoi ceux qui sont en faveur de l'avant-projet de loi d'assurance-santé persistent à réclamer le régime contributif. Il est vrai que les services médicaux doivent être acquittés. C'est ce qui fait naître sans doute la proposition que l'augmentation des dépenses doit être assujettie à une autre forme d'impôt.

Rien ne saurait être plus ridicule. Par exemple, si l'augmentation des travaux domestiques nécessitait l'emploi de plus de seaux d'eau, s'ensuivrait-il qu'il faudrait acheter un nouveau seau et embaucher un nouveau valet de ferme? Non, certainement non. Notre régime actuel de fiscalité est tout à fait au point, il a tout le personnel qu'il lui faut et il ne manque pas d'envergure. Le fonds du revenu consolidé du Canada s'appuie surtout sur la capacité de payer, et qui niera qu'un tel système n'est pas le meilleur pour assurer les fonds en vue de maintenir une norme convenable d'hygiène? Pourquoi faut-il qu'on insiste, à propos du bill d'assurance-santé, sur l'adoption d'un régime contributif de paiement de l'assurance-santé avec sa série ennuyeuse de répartitions difficiles à

comprendre, d'examens des ressources, de rapports compliqués, joints à un service civil fortement accru? Le bill modèle projeté d'assurance-santé permet à ceux qui gagnent plus qu'un certain revenu de ne pas relever du même plan, ce qui réduit tout le projet à une mesure de chômage ou à une "médecine pour indigents", d'où des difficultés insurmontables dans l'exécution du travail de la médecine préventive.

Si le bill devient loi, alors les groupes qui veulent s'en tenir au régime de l'exercice privé de la médecine, qui a échoué si misérablement, seront en mesure de commencer sur-le-champ l'organisation dans chaque province d'une demande d'exclusion des groupes à plus forts revenus. Si l'aspect contributif n'était pas compris de façon que tous contribuent par les impôts, les groupes à revenus les plus élevés protesteraient et se récuseraient en disant qu'ils assument leur part des frais en acquittant les impôts et qu'ils espèrent être inclus. Le changement récemment annoncé d'une contribution de \$12 au lieu de \$26 ne fait qu'aggraver la situation surtout à cause de l'impôt sur le revenu supplémentaire avec plafonds pour les riches.

Devons-nous avoir la médecine socialisée complète ou rien qu'un projet incomplet créant la distribution entre les classes et comportant un service privilégié pour ceux en mesure de payer et la médecine d'indigents pour les groupes à faibles revenus, avec un régime incommode et non réclamé de perceptions comportant des inspecteurs et des fonctionnaires qui parcourraient le pays en exerçant une contrainte sur l'élément le plus pauvre de la population. Ce serait là de l'enrégimentation. Il faut adopter un projet général de services médicaux financé à même le fonds du revenu consolidé sans les exemptions nées du plafonnement des revenus.

Le système contributif de financement permet d'exclure les personnes aux revenus les plus forts. Le projet de taxation garantit que tous seront compris. La médecine préventive ne peut être appliquée heureusement à moins de s'appliquer à tous. Cela saute aux yeux. Les épidémies n'épargent aucune classe et ne connaissent pas de frontière. Imaginez les difficultés que présenterait la propagande en faveur de la médecine préventive dans les écoles d'après une telle division des classes. Pourquoi replâtrer le système ici pour le compromettre là?

Il n'est guère utile de traiter des sociétés qui comportent l'assurance-santé au Canada, coopératives et autres, parce qu'elles ne pourvoient pas au principe fondamental de la médecine socialisée, à savoir, la prévention. Ces sociétés sont très avantageuses pour ceux dont les moyens leur permettent d'y entrer et dont l'état de santé est assez bon pour y être admis. Elles se sont révélées des agences utiles, mais sauf cela leurs avantages sont restreints à leurs membres.

Saskatchewan

En Saskatchewan la nécessité a fait naître plusieurs expériences. Les projets appliqués aux municipalités rurales auxquels le tiers de ces municipalités prennent part ont frayé la voie à la médecine d'Etat. Toutefois, la situation est encore grave dans bien des régions, et en octobre dernier 179 délégués de toutes les parties de la province se sont réunis à Regina afin d'insister auprès de notre gouvernement provincial sur l'urgence de la situation. Nous manquons de médecins, d'hôpitaux, d'aménagements et ces derniers ne peuvent être mis facilement à la disposition de la population ou des médecins. Notre méthode de l'exercice individuel de la médecine est erronée. On en a démontré à maintes reprises l'inutilité. L'on prescrit des opérations et les aménagements modernes pour les diagnostics sont restreints, ce qui limite leur emploi et leur efficacité. Il faudrait les rendre collectifs et les faire exploiter par des spécialistes pour l'avantage de tous.

Les honoraires de médecins sont sans conteste trop élevés et il est regrettable que lorsque le plafonnement des prix est d'application quotidienne, le coût des

services médicaux n'a pas été limité. Voici ce qu'on lit dans le rapport du comité fédéral consultatif sur l'assurance-santé, à la page 390:

L'on emploie dans une ville rurale typique d'une population de 3,026 âmes, un médecin à service continu au traitement de \$4,000. Il assure les services médicaux généraux, les soins obstétriques et les opérations secondaires à cette population. Il a aussi rempli le rôle d'hygiéniste local. Il a donné 2,211 consultations de bureau, a fait 1,527 visites à l'hôpital, 187 visites dans les villes et répondu à 130 appels dans la campagne. Il a présidé à 58 accouchements, a exécuté 332 opérations chirurgicales secondaires, de même que 41 opérations majeures d'urgence. Il a parcouru en tout 2,573 milles.

Il est intéressant et révélateur d'établir le calcul de ce qu'auraient rapporté les services rendus par ce médecin d'après les tarifs habituels. Voici comment il s'établirait:

2,211 visites au bureau à \$2.00.....	\$ 4,422 00
1,527 visites à l'hôpital à \$2.00.....	3,054 00
187 visites dans les villes à \$3.00.....	561 00
130 visites à la campagne à \$3.00.....	390 00
58 accouchements à \$35.00.....	2,030 00
332 opérations chirurgicales secondaires à \$25.00	8,300 00
41 opérations chirurgicales majeures urgentes à \$150.....	6,150 00
	<hr/>
	\$ 24,907 00

Le rapport du docteur Whitton dit:

D'après la base des frais indiqués au rapport Heagerty et relativement au nombre des médecins au Canada il est prévu un revenu moyen annuel de \$10,000 en sus des honoraires privés reçus des clients à revenus élevés. Si ce chiffre doit être la moyenne, à combien alors s'élèvera le maximum? Comment concilier cela avec la moyenne actuelle de \$3,142 par année indiquée au même rapport? Il est sans doute vrai que les comptes des médecins ne sont pas toujours entièrement payés et il faut en tenir compte. Par ailleurs, l'exercice non réglementé et à l'aventure de la médecine n'est pas justifié.

La surveillance des honoraires médicaux de façon juste pour le médecin et le malade est essentielle et peut être mieux développée et maintenue avec la médecine d'Etat.

En 1940 il y avait en Saskatchewan 97 sur 300 municipalités rurales où les médecins étaient rétribués. De plus, 64 villes et villages de la province avaient dressé des plans pour l'établissement des services médicaux. Il en est résulté une amélioration sur l'ancienne tentative de l'exercice privé de la médecine et des honoraires pour les services médicaux.

Cependant, ces régions se rendent compte par leur expérience de la nécessité d'une unité plus considérable et favorisent généralement la fédération dans un projet provincial. De même, tous les progrès réalisés dans l'ordre provincial seront avantageux lorsque le gouvernement fédéral en sera arrivé au point où il sera prêt à établir un projet fédéral. Le docteur Heagerty, président du comité fédéral d'hygiène a dit plusieurs fois que ce n'est que par des initiatives provinciales qu'un projet fédéral satisfaisant peut être mis au point. Nous citons les observations du docteur Heagerty au cours de l'audition du mémoire de la Canadian Federation of Agriculture et de nouveau dans une discussion à la radio. Le voici:

Il ne s'agit pas de préférence, monsieur Callaghan. Un plan national n'est pas possible à cause des très grandes divergences non seulement entre les provinces, mais au sein des provinces elles-mêmes.

Nous citons aussi la page 569 des témoignages du Comité spécial de la sécurité sociale, séance du 10 juin 1943.

Nous savons qu'on ne peut appliquer un plan qui donnera satisfaction d'un bout à l'autre du Canada. Vous ne pouvez administrer d'Ottawa une centaine de plans différents. Il faut laisser la population dire quelle sorte de plan elle désire. Le coût d'administration d'un plan d'Ottawa serait prohibitif. Nous ne savons pas quel serait ce coût, mais nous savons qu'il serait beaucoup plus élevé que si la province assumait l'administration et la gestion financière. De plus, nous soutenons que, pour éviter une catastrophe financière, chaque province devra introduire le système très lentement dans certaines régions — régions rurales, régions urbaines, régions mixtes; il faudra avancer lentement. Il n'est pas nécessaire de réaliser tout le plan en un an. Il y faudra du temps.

Nous admettons que les plans provinciaux devraient être exécutés, mais nous soutenons aussi que l'application de la loi fédérale ne devrait pas être retardée et que les principaux aspects de cette loi devraient porter sur le financement et que cette aide financière ne soit accordée qu'à la condition que toute la population soit comprise dans ces provinces qui adopteront la médecine socialisée.

Il est certain que toute loi conçue comme les projets fédéraux ont été conçus fera l'objet de querelles entre les gouvernements fédéral et provinciaux, d'où retards interminables. Et encore faudrait-il en venir à une décision en vue de mettre la mesure en vigueur si, disons, quatre ou cinq provinces adoptent une loi déclaratoire comme ce fut le cas pour la Loi des pensions de vieillesse. Il est presque certain qu'il y aura une audience du conseil privé manigancée par une province adversaire, parce que d'après l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, les services médicaux et d'hygiène sont du ressort des provinces et bien que le gouvernement fédéral puisse tout à fait légalement accorder son aide financière, nous doutons qu'une commission fédérale ait le pouvoir d'exécuter les conditions d'administration dans la mesure proposée.

A notre avis, l'avant-projet de loi fédéral a été conçu spécialement en vue de restreindre le progrès de l'assurance-santé et de la médecine socialisée. La médecine organisée a toujours été opposée à la médecine socialisée et la première est la faveur du gouvernement fédéral. Le comité d'Ottawa compte neuf médecins. Voici ce que dit un article de fond du *Canadian Medical Association Journal* sur leur situation stratégique concernant la préparation ou le retard apporté au projet d'assurance-santé. Nous citons:

"Nous avons eu la bonne fortune d'avoir à titre de membres du Conseil, le docteur R. E. Wodehouse, sous-ministre des Pensions et de la Santé nationale et le docteur J. J. Heagerty, président du comité d'étude gouvernemental". Un comité du C. M. A. expose plus loin le but de la médecine organisée, en ces termes:

Dans cette question comme dans d'autres, c'est l'organisme qui a préparé un projet concret qui peut espérer que ce projet, avec des modifications, soit accepté, et serve de plan pour le projet définitif. Il est toujours difficile de modifier le plan de base primitif, d'où son importance vitale. Pour cette raison seulement il faudrait fournir un tel plan aux médecins, s'ils désirent diriger l'expansion de l'assurance-santé dans le sens qui paraît le meilleur à ses membres. Il ne s'agit pas ici d'une raison égoïste, ce qui est le plus avantageux aux médecins devant l'être aussi au public. L'opposition passive ne mène à rien.

Les services médicaux relèvent maintenant légalement des médecins et les résultats sont loin d'être satisfaisants. Il y a d'abord une pénurie critique de médecins. L'influence des médecins s'exerce en vue de faire accepter les étudiants non seulement lors de l'examen mais pour le cours médical. Ce même

comité de médecins dit ce qui suit au sujet de la restriction de leur propre concurrence:

Il paraît raisonnable d'exercer une certaine surveillance quant au nombre d'étudiants admis aux universités. L'Etat ou la philanthropie privée assume dans une forte mesure les frais de l'enseignement médical. C'est un gaspillage d'argent et de vies humaines que de former des hommes et des femmes pour des services qui ne peuvent les absorber.

On reconnaît généralement le mauvais état de santé de notre population dont il a déjà été question dans ce mémoire. Nous sommes stupéfiés quand nous y réfléchissons, de même qu'au coût élevé des services médicaux—les honoraires de médecins sans aucune surveillance ou réglementation, établis par les médecins—l'absence de plafonds, ce qui leur permet de profiter du malheur des gens, et l'établissement d'honoraires si ridiculement élevés que bien des gens négligent leur santé, un grand nombre en souffrent ou meurent prématurément. Notre bureau de Regina a reçu des communications qui laissent voir que l'avant-projet de loi fédéral aurait sa première lecture en mars. Le projet révisé porte sur la couverture les mots: première lecture en mars 1944. Nous espérons que cela n'est pas conçu afin d'induire les gens en erreur et que personne n'ajournera des soins médicaux à cause du texte ci-dessus. Il semble impossible de croire que les autorités fédérales responsables ignoraient qu'il n'y avait pas la moindre possibilité d'une première lecture en mars 1944 ou mars 1945. Nous prédisons que celle-ci n'aura pas lieu avant plusieurs années et elle sera peut-être suivie du recours au conseil privé et de l'annulation du projet.

L'avant-projet de loi fédéral n'est pas conçu en vue d'assurer les aspects importants de la médecine socialisée telle que pratique collective, diagnostics cliniques convenables et coopératifs, usage économique de tout l'outillage et de tous les aménagements connus à la science médicale, dont la valeur a été démontrée depuis des années par les frères Mayo et plus récemment par les hôpitaux Kaiser.

Si l'on veut d'autres témoignages à l'effet qu'une loi fédérale sur l'assurance-santé ne sera pas présentée de sitôt, voici une citation du *Time* du 13 mars 1944:

La plus grande partie du Canada, nation gagnée de plus en plus aux œuvres sociales, approuve vigoureusement le principe de cette loi. Même alors, il est certain que de longs retards se produiront. Lorsque le Parlement adoptera le plan (probablement pas avant la fin de la guerre) les neuf provinces distinctes devront encore édicter une loi d'autorisation. Et certaines provinces pourront décider de rester à l'écart.

Et plus loin un entrefilet:

Les commentaires sur les projets soumis au comité la semaine dernière ont bien fait voir que l'assurance-santé sera adoptée dans un avenir éloigné. On nous a signalé que pour ce qui est du gouvernement le comité n'est pas saisi d'un bill, mais simplement de suggestions du ministre sous forme de bill. Lorsqu'un bill d'assurance-santé sera formulé il faudra le soumettre aux gouvernements fédéral et provinciaux avant de le soumettre au Parlement. La semaine dernière le premier ministre King a laissé entendre qu'il pourrait ne pas être possible d'étudier les dispositions financières d'un bill d'assurance-santé à la prochaine conférence fédérale-provinciale.

Nous passons maintenant au *Mémoire de la Canadian Medical Association*. L'attitude prise par la *Canadian Medical Association* dans son mémoire soumis au comité fédéral d'enquête sur l'assurance-santé est essentielle pour notre thèse; nous allons donc établir quelques comparaisons avec le point de vue de la *State Hospital and Medical League*:

1. Que dans les provinces où est établie l'assurance-santé, elle soit administrée par une Commission indépendante d'assurance-santé, dont la majorité des membres représenteront la médecine organisée. Il devrait exister une coopération étroite entre cette commission et le ministère provincial d'hygiène publique en vue d'utiliser entièrement les services de médecine préventive.

Les médecins ne devraient pas former la majorité de cette Commission. La domination par la minorité est étrangère aux principes démocratiques. Les profanes devraient certainement avoir la représentation majoritaire. Nous croyons que si un groupe faible et très organisé cherche à s'assurer la mainmise sur un projet national cela semble être une tentative de maintenir un privilège spécial.

2. Qu'un conseil central et des conseils locaux d'assurance, représentant tous les intéressés, soient nommés afin de conseiller l'autorité administrative responsable.

Cela est conforme à l'attitude démocratique.

3. Que le côté professionnel du service médical de l'assurance-santé relève de la médecine organisée, grâce à la nomination d'un Comité central des services médicaux et d'un Comité local de services médicaux, en vue d'étudier toutes les questions intéressant l'administration des prestations médicales et de conseiller relativement à ces questions.

Nous croyons que l'aspect purement professionnel de l'assurance-santé doit être sous la direction des médecins mais nous n'admettons pas que toutes les questions influant sur l'administration des prestations médicales doivent être du ressort des médecins. Ce point prête à une vive divergence d'opinions. Rien ne peut justifier que les affaires et l'administration de quelque projet relèvent d'un seul groupe. Les profanes, ceux qui paient pour les services médicaux, devraient certainement participer à la direction administrative de tout service d'hygiène.

4. Que la question de l'établissement de régions locales pour l'administration de l'assurance-santé soit laissée à la discrétion de chaque province.

Nous croyons que l'on devrait décider les régions où s'appliquerait l'assurance-santé et les délimiter après consultation avec la population et les institutions intéressées dans les diverses régions.

5. Que toute la province soit desservie par des ministères adéquats d'hygiène publique organisés, là où la chose est possible, selon la surveillance exercée en matière d'hygiène par le médecin général sur chaque particulier.

Nous croyons que c'est un des aspects les plus importants du problème en ce qu'il a trait à la médecine préventive et qu'il exigera la coopération de toutes les unités locales de la *State Hospital & Medical League* et d'autres sociétés d'hygiène.

6. Que soient nommés à titre de surveillants et d'arbitres, des médecins régionaux rémunérés par la Commission et assujettis à sa direction.

La Commission devra décider cette question; cette commission devrait être représentative.

7. Que le plan pourvoit à des soins médicaux aux indigents et aux indigents de passage, le gouvernement devant défrayer les primes des indigents qui recevront alors des soins médicaux exactement aux mêmes conditions que les autres assurés.

Nous reconnaissons que tous devraient pouvoir profiter des meilleurs services médicaux sans aucune distinction du fait de la possibilité pour le particulier de les défrayer.

8. Que le plan soit obligatoire pour les personnes dont le revenu annuel est moindre que ce qui est insuffisant pour faire face aux frais de soins médicaux appropriés.

Nous sommes étonnés qu'on ait suggéré que le plan devrait être obligatoire pour un groupe quelconque de la collectivité. Cette suggestion paraît indiquer que le plan ne s'appliquerait pas aux personnes à revenus élevés. C'est probablement là une des raisons pour lesquelles l'avant-projet de loi n'oblige pas tous les médecins à participer au projet et une autre raison des contributions qu'il exige. Il est inconcevable qu'une partie de la collectivité soit laissée de côté. La médecine préventive ne saurait être administrée efficacement de cette façon. Les épidémies se rient des revenus et des distinctions financières et ce qui constitue un danger pour toute la collectivité devrait certainement être du ressort de celle-ci. Toutes les classes de la société devraient se conformer aux règlements.

9. Que les personnes à la charge des assurés soient comprises dans les prestations médicales.

Adopté.

10. Que les seules prestations relevant du plan soient les prestations médicales.

Nous, membres de la *State Hospital & Medical League*, dirigeons nos efforts vers l'expansion des services médicaux et nous reconnaissons que cette tâche est assez importante pour absorber tout le temps et toute l'attention de ceux à qui elle sera confiée.

11. Que les prestations médicales soient organisées ainsi qu'il suit. Suivent ensuite sous des rubriques spéciales huit suggestions:

(a) Chaque médecin qualifié licencié doit être admissible à exercer son art d'après le plan.

Nous admettons cela, mais nous ne nous arrêtons certainement pas là. Nous ne pouvons pas comprendre pourquoi les médecins veulent éviter d'être liés au projet d'assurance-santé, surtout à cause du mot d'ordre souvent répété: "Choisissez votre propre médecin." Quels seront les médecins qu'on pourra choisir au cas où un grand nombre de ceux-ci décident de ne pas exercer leur art d'après le plan? Nous sommes en faveur d'un projet d'assurance-santé d'application générale et nous ne comprenons pas pourquoi une partie de la collectivité devrait s'abstenir de se rallier de tout cœur au projet.

B. Les assurés devront avoir toute liberté de choisir leur médecin et *vice versa*.

Ce paragraphe veut évidemment dire que le malade pourra choisir librement les médecins qui décident de participer au plan.

C. La base des services médicaux sera de mettre à la disposition de tous un service de médecine générale pour la surveillance de l'hygiène et le traitement de la maladie.

D. On obtiendra d'habitude d'autres services par l'entremise du médecin:

1. (a) Service du médecin spécialiste.
- (b) Service du médecin consultant.
2. Service d'infirmières visiteuses (à la maison).
3. Soins d'hôpital.
4. Services auxiliaires—ordinairement à l'hôpital.
5. Service pharmaceutique.

Tout ce qui précède est excellent et indispensable, mais nous ne pouvons comprendre pourquoi les médecins n'ont pas proposé de cliniques pour les grands centres, desservies par des spécialistes et munies des aménagements, des appareils, du service de laboratoire, etc., afin que les erreurs de diagnostic soient réduites au minimum. Nous aurions pensé que les médecins eussent mis cet aspect au premier plan. Le fait qu'il a été relégué au second plan est une raison de plus pour que les profanes soient suffisamment représentés auprès de la commission et y exercent une direction suffisante pour s'assurer qu'on pourvoie suffisamment aux services et aménagements pour les diagnostics.

E. Les services dentaires, après dispositions directes auprès du dentiste ou après consultation.

C'est là un détail sur lequel il ne devrait pas être difficile de s'entendre.

12. La caisse d'assurance devrait recevoir des contributions de l'assuré, de l'employeur de l'assuré et du gouvernement.

(a) Le paiement des primes de l'assuré, selon certaines proportions à déterminer, devrait être à la charge de l'employé, de son employeur et du gouvernement.

(b) Lorsqu'un assuré n'a pas d'employeur ou qu'il n'est pas pratique pour le gouvernement de percevoir de l'employeur, le gouvernement devrait verser pour cet assuré ce qui serait la part de l'employeur aussi bien que la sienne propre de la prime.

(c) Lorsque l'assuré est indigent ou qu'il a chômé assez longtemps pour échapper aux dispositions de la loi se rapportant à un employé assuré, le gouvernement devrait assumer le paiement entier de la prime.

Nous n'admettons certainement pas la méthode de recouvrer quelque partie du coût de ce projet au moyen de contributions directes. Le fardeau financier supplémentaire, les embarras et les situations peu satisfaisantes qui surgiraient par tout le pays tendraient à compromettre le projet, et à notre avis ce serait une dépense inutile alors que nous avons déjà le mécanisme pour acquitter, grâce aux taxes, les frais des services médicaux.

13. Que les médecins de chaque province soient rémunérés selon la méthode ou les méthodes de paiement qu'ils choisissent.

14. (a) Que l'échelle des honoraires dans tout projet d'assurance-maladie soit celle acceptée par la médecine organisée dans la province intéressée.

(b) Que toute l'échelle des honoraires relève complètement des médecins dans chaque province.

15. Que les services rétribués par contrat soient limités aux régions dont la population est insuffisante à faire subsister un médecin général sans aide supplémentaire de la caisse d'assurance.

En réponse à cela nous voulons citer une réponse extraite du mémoire de la Fédération canadienne de l'agriculture que nous faisons entièrement nôtre:

Cela étonne la plupart des citoyens qu'un groupe prône un tel principe. Personne ne propose que les politiciens obtiennent la haute main sur les services médicaux. Personne ne prétend, par exemple, que les conseillers municipaux devraient décider quand il faut opérer celui qui souffre d'appendicite. La pratique de la médecine, les soins aux malades et l'art dentaire incombent aux professions intéressées. Mais la question de la façon dont ces services devraient être rétribués intéresse vivement le public et elle lui incombe.

Lorsque le grand public examine l'échelle des honoraires, établie par la Canadian Medical Association, il est stupéfié par la multitude d'interventions chirurgicales auxquelles le corps humain peut être soumis, avec

les progrès de la science médicale. Il constate qu'il en est plus de 300, de \$10 et plus pour un ongle incarné, jusqu'à \$250 et plus pour une laryngotomie. Il n'y a pas de plafond pour ces 300 opérations—on suppose que les honoraires des chirurgiens les pratiquant ne sont pas limités. Comment tout cela peut-il être inclus dans un plan s'appliquant à tous les citoyens?

C'est ce qui déconcerte le public, aussi bien, sans doute, que les experts actuariels.

16. Qu'on n'impose pas de barrière économique entre le médecin et son malade.

A ce propos, nous voulons vous citer un extrait du *Manchester Guardian* tel que le reproduit le *Leader Post* du 14 janvier 1944, au sujet du mot d'ordre souvent répété par la *Medical Association*—"le libre choix du médecin". Voici cette citation:

Dans son discours à Cardiff le ministre de la Santé n'a pas fait de révélations concernant ses propositions attendues avec impatience au sujet d'un vaste service d'hygiène national, mais il a nié les "racontars complètement erronés" qui circulent touchant ses principes. Il n'aurait pas dû être nécessaire pour lui d'affirmer que le libre choix du médecin, les relations personnelles entre le médecin et le malade, ainsi que la liberté pour le médecin de choisir sa clinique seront maintenus, car le projet qu'il est censé avoir exposé au comité représentatif des médecins ne comporte aucune menace à ces principes. En réalité il n'y a pas de raison pour que des services médicaux exigeant tout le temps des médecins, sous une direction démocratique ne donnent pas à l'expression "libre choix du médecin" une valeur et une réalité dont elle manque évidemment alors que les clientèles des médecins privés sont achetées et vendues, pratique qui ne pourrait exister sous sa forme actuelle si le malade choisissait délibérément son médecin. Il est à espérer que vu la déclaration du ministre, ses critiques s'abstiendront désormais de joindre à leurs dénonciations des services médicaux d'Etat leurs demandes pour le libre choix du médecin et de créer la fausse impression que les deux sont incompatibles.

17. Que les médecins soient tenus de donner les meilleurs services possibles et que leur rémunération aille de pair avec ceux-ci.

Adopté.

18. Qu'on prenne des mesures pour assurer l'enseignement clinique dans les écoles médicales, qu'on prenne des dispositions pour des travaux de recherches et qu'on réserve du temps pour les cours postsecondaires.

Adopté.

19. Qu'on étudie et approuve vraiment le plan avant de l'adopter et de le vérifier périodiquement.

Adopté.

20. Qu'on formule un plan pour assurer des pensions aux médecins.

Nul doute que les divergences d'opinions qui se sont fait jour dans la discussion des problèmes d'hygiène peuvent éventuellement être réglées à la satisfaction de la grande majorité de la population, et croyons-nous, en définitive, à la satisfaction de tous les intéressés. Dans d'autres pays, y compris la Russie, où s'était manifestée une semblable opposition de la part des médecins, la situation a fini par se régler et nous savons que les médecins de ces pays sont plus satisfaits de la contribution plus importante que la science médicale peut donner d'après un régime d'Etat qui embrasse tout.

Nous désirons traiter ici d'un problème d'hygiène publique qui semble avoir été complètement oublié par votre comité:

"Pour ceux qui sont au courant du problème d'hygiène publique dans la mesure où il intéresse l'agriculteur et le paysan de l'Ouest canadien, le rapport du comité consultatif sur l'assurance-maladie est extrêmement décevant. On a consacré beaucoup d'attention ces dernières années à la santé du travailleur industriel et l'on a obtenu d'excellents résultats grâce à ces efforts.

La division industrielle de la Ligue de la Santé du Canada a formulé un plan approuvé par le gouvernement fédéral pour l'amélioration de la santé de l'ouvrier d'usine, à l'effet de réduire au minimum le problème grave du fait de la perte de temps, d'argent et de production, à cause de maladie. Il est établi que près de 50,000 hommes dans l'industrie canadienne ne peuvent travailler tous les jours à cause de la maladie. Des enquêtes dirigées par les autorités d'hygiène industrielle ont démontré que la perte de temps pour la maladie a coûté aux travailleurs industriels environ 135,000 dollars par année tandis que les patrons perdent 1 fois $\frac{1}{2}$ cette somme. Il a aussi été établi que la plus grande partie de cette perte est causée par des maladies évitables.

Les efforts de la Ligue de la Santé sont admirables et personne ne refuserait aux travailleurs industriels la protection qui pourrait leur être accordée, mais l'on devrait certainement se rendre compte que la plupart des carrières comportent leurs risques au point de vue de l'hygiène et en relisant le rapport Heagerty on verrait que l'agriculture ne constitue pas une exception. Ce rapport indique que les agriculteurs comptent et de beaucoup le plus grand nombre de décès chez les hommes et que près de la moitié de ces décès était dans le groupe d'âge de 55 à 64 ans.

Cette constatation est significative et elle démontre que les questions afférentes à l'hygiène publique dans les localités rurales qui ont été des plus négligées dans le passé, devraient obtenir une attention immédiate si les agriculteurs doivent obtenir la même considération que les autres gens de métier. Le rapport Heagerty déclare: "Dans l'ensemble, la santé des cultivateurs ne se compare pas favorablement à celle des habitants des régions urbaines. L'un des besoins les plus pressants d'aujourd'hui est l'établissement, le maintien et l'extension des services locaux d'hygiène".

Les propagandistes en hygiène reconnaissent généralement qu'il n'est pas d'aspect de l'hygiène publique qui intéresse les agriculteurs plus que la répression des maladies des animaux transmissibles à l'homme, mais cet aspect de la prévention des maladies n'a pas été mentionné et à moins que ceux qui sont immédiatement intéressés ne s'affirment, la question passera sans doute presque inaperçue.

Rien ne semble plus absurde que d'organiser de soi-disant unités sanitaires, employer des infirmières et des inspecteurs sanitaires, tout en se contentant de vivre entouré de sources possibles d'infection — les animaux malades. Dire que le bétail canadien est particulièrement sain et s'en tenir là n'est plus acceptable, vu qu'un grand nombre de nos bestiaux souffrent de maladies qui se propagent facilement à l'homme et nous savons que cette propagation est d'occurrence très fréquente.

La répression des maladies des animaux dans l'Ouest canadien a été considérée dans le passé uniquement au point de vue économique. Il en est résulté qu'au cours des années où les prix du bétail sur pied étaient bas, les maladies infectieuses ont pu se propager librement et elles ont fini par accuser une telle gravité qu'il est hors de question de les supprimer complètement. Il est malheureusement vrai que certaines de ces maladies offrent non seulement une importance économique, mais qu'elles présentent un problème d'hygiène bien défini. Le public en général est enclin à considérer la tuberculose comme la maladie de plus grande importance pour les hommes et si le bétail subit l'épreuve de la tuberculine il trouve que tout est bien. Cette idée provient du

fait qu'on a donné de la publicité à la répression de la tuberculose, mais en vérité, beaucoup d'autres maladies des animaux se transmettent à l'homme plus facilement que la tuberculose.

L'on ignore généralement, par exemple, que l'influenza des porcs se transmet facilement à l'homme. En fait le virus de cet influenza cause plus de cas d'influenza chez les adultes que le virus humain. L'influenza des porcs est très répandue dans l'Ouest canadien et ses épidémies chez les porcs coïncident souvent avec celles chez l'homme.

Une autre maladie des porcs qu'on a laissée sévir depuis qu'elle a été reconnue au Canada en 1933 est l'érysipèle des porcs. C'est une maladie qui offre un problème d'hygiène publique et dont on n'a pas encore reconnu la gravité. L'homme est infecté facilement par le microbe de l'érysipèle des porcs, par le contact avec des porcs vivants, ou lors de l'abatage des porcs qui portent ce microbe. L'érysipèle chez l'homme peut être aiguë et causer une maladie grave, ou l'infection aiguë peut se localiser dans les jointures et produire un arthrite qui devient souvent chronique et rend invalide pour la vie celui qui en est atteint. On a déjà constaté des cas d'érysipèle en Saskatchewan et nul doute qu'un grand nombre n'ont pas été découverts.

On reconnaît maintenant l'avortement contagieux des vaches comme une maladie relevant de l'hygiène publique, l'homme s'infectant soit par contact direct, soit en buvant le lait des vaches malades. Le microbe causant l'avortement contagieux produit chez l'homme la fièvre ondulante, maladie qui peut se prolonger des années durant et empêche tout travail manuel chez celui qui en souffre. Ces maladies ainsi que beaucoup d'autres maladies des animaux se transmettent rapidement à ceux en contact avec le bétail malade, d'où un risque de métier manifeste.

Les maladies précitées ne concernent que les agriculteurs à cause de leur contact avec le bétail, mais si un programme d'hygiène publique doit profiter aux cultivateurs en général, nous devons étudier les maladies qui peuvent se contracter par la consommation d'aliments essentiels produits sur les fermes de l'Ouest canadien et qui arrivent souvent sur le marché sans subir la moindre inspection ou réglementation.

L'on ne cesse de nous dire que la première condition d'une bonne santé c'est un approvisionnement alimentaire abondant. Le diététicien range parmi les aliments essentiels à la bonne santé, le lait, la viande, le pain, etc., mais personne ne dit rien sur la norme de qualité assurant que ces aliments sont sûrs, encore moins pour dire qu'ils favorisent la santé. Le lait, par exemple, peut être un aliment idéal ou une menace à la santé, tout dépendant de sa qualité. L'approvisionnement de lait dans la plupart des grands centres est sûr à cause de règlements exigeant que les vaches laitières soient gardées dans des étables hygiéniques et que les vaches elles-mêmes soient exemptes de tuberculose et d'autres maladies contagieuses. A titre de protection supplémentaire on pasteurise tout le lait avant de l'offrir en vente. Par contraste, l'approvisionnement de lait dans la plupart des régions rurales est loin d'être satisfaisant; en fait, il est parfois une véritable menace à la santé. Les étables peuvent ou non être adaptées à la production de lait propre, et malgré que certains villages et villes insistent afin que les vaches soient examinées pour découvrir si elles sont atteintes de tuberculose et d'avortement contagieux; la majorité des conseils municipaux ne portent aucun intérêt à la question. L'analyse du lait vendu à la campagne en Saskatchewan indique qu'il contient souvent des bactéries et beaucoup de pus et que même s'il était inoffensif il ne pourrait jamais être nutritif. Il faut se rappeler que le lait est le véhicule de plusieurs maladies, comme la tuberculose, la fièvre ondulante, la fièvre scarlatine, le mal de gorge septique. A moins que l'on ne prenne des mesures rigoureuses afin d'améliorer notre approvisionnement rural de lait, ces maladies évitables continueront d'apparaître périodiquement, entraînant la maladie et la mort.

Si nous examinons l'approvisionnement de viande des centres urbains et ruraux nous constatons l'existence du même état de choses injuste. On peut se procurer de la viande examinée par les inspecteurs du Gouvernement dans toutes les villes, alors que la population rurale doit se contenter de celle fournie par le boucher local qui achète des animaux vivants et les abat à l'abattoir de la ville. Les animaux peuvent être en santé ou non, mais il est rare qu'on en rejette un. L'étude du rapport de la division de l'inspection des viandes de la division fédérale de la santé des animaux fait voir que les inspecteurs vétérinaires rejettent chaque année un grand nombre de carcasses et il n'est pas douteux qu'une grande partie de la viande consommée dans les régions rurales ne parviendrait jamais aux consommateurs si les inspecteurs du Gouvernement l'examinait.

Tels sont les problèmes d'hygiène publique qui intéressent les ruraux; on doit leur imputer directement le mauvais état de santé de ceux-ci en comparaison des citadins qui sont exemptés de ces risques. Etant donné que toute cette question se rapporte à la médecine vétérinaire il est malheureux qu'on n'ait pas demandé aux vétérinaires d'exposer leurs vues au comité consultatif d'enquête sur l'assurance-santé, vu que sans des suggestions de cet organisme on ne peut guère s'attendre à des améliorations à la situation déplorable actuelle.

Bien que l'on admette généralement que l'agriculture est l'une des professions les plus salubres, il est des plus évident d'après le rapport Heagerty qu'elle comporte des risques pour la santé, d'où, chez les cultivateurs un mauvais état de santé et un taux de mortalité tout à fait disproportionné à celui qui existe dans les autres professions.

Les risques évidents pour la santé des agriculteurs proviennent de leur contact avec des animaux atteints de maladies bactériennes et parasitaires qui se transmettent facilement à l'homme. Malheureusement ces risques empirent chaque année à cause de l'absence de répression de certaines maladies des animaux qui sont maintenant très répandues par tout l'Ouest canadien.

Il est patent que la médecine vétérinaire a beaucoup plus à offrir aux agriculteurs concernant des questions qui intéressent l'hygiène publique que toute autre profession, et à moins que le comité d'enquête sur l'assurance-santé ne comporte des médecins vétérinaires, les agriculteurs seront privés de l'unique service d'hygiène publique qui leur est de quelque utilité.

L'on sait très bien qu'il y a insuffisance de chirurgiens vétérinaires qualifiés au pays et l'on devrait prendre immédiatement des mesures pour rectifier cette situation avant l'adoption de la Loi sur l'assurance-santé, afin de trouver des hommes compétents pour entreprendre les travaux d'hygiène indiqués.

Soins médicaux payés d'avance

Il y a beaucoup de médecins en Amérique du Nord qui se font payer leurs services d'avance. La plus grande partie de ceux-ci s'adressent à ceux en mesure de subir l'examen médical et d'acquitter les honoraires. La protection et les soins sont louables mais pour la société en général le seul principe fondamental du service national d'hygiène ou des soins médicaux suffisants, à savoir la médecine préventive, ne peut y être adjoint de façon satisfaisante.

Cependant, les efforts des pionniers dans le domaine des soins médicaux payés d'avance ont suscité des améliorations et l'accumulation de connaissances qui ont dans au moins un cas supprimé la prescription concernant la norme d'hygiène. De cette réalisation ont surgi 3 des 4 conditions de soins médicaux suffisants pour tous sans égard à la capacité de payer du particulier.

L'EXEMPLE FRAPPANT

Il est regrettable qu'il ait fallu la dévastation d'une guerre mondiale pour attirer à notre attention des réalisations comme celles obtenues aux hôpitaux Kaiser aux Etats-Unis, mais examinons néanmoins cette grande institution. Elle pourra nous frayer la voie.

La demande du Gouvernement pour la production d'articles de guerre par des hommes et des femmes âgés atteints d'incapacités et rejetés par l'armée, groupe au-dessous de la normale au point de vue physique, a amené une démonstration de soins médicaux susceptibles de guider les pionniers de cette grande croisade.

Les pages de l'histoire sont embellies par les noms des grands hommes qui ont surgi dans leur génération pour transmettre le flambeau du progrès afin de conserver et d'étendre les droits de l'homme à la poursuite du bonheur. On reconnaît partout la diligence, la compétence et la tenacité de Kaiser, le constructeur des barrages Boulder, de Shasta, le constructeur de navires, le grand usager de ciment, le constructeur d'avions, et en dernier lieu et peut-être ce qui est le plus important, le propagandiste des services d'hygiène. Son travail d'équipe avec le Dr Sidney R. Garfield et ses collègues, le Dr J. W. Neighbor, le Dr C. C. Cutting, M. Frank A. Stewart et autres, pour l'établissement de soins médicaux illimités pour un quart de millions de travailleurs et leurs familles à un coût facilement à la portée des intéressés, est un exemple insigne aux pionniers de cette grande cause. Nos commentaires sur le *Permanent Foundation Hospital* s'appuient sur des renseignements de première main, non pas sur des on-dit. Ils ne proviennent pas d'un journaliste enthousiaste mais découlent de l'observation et de l'inspection. Nous devons ces renseignements à la coopération et à l'aide magnifiques des autorités du *Northern Permanent Hospital*, le Dr J. W. Neighbor, directeur médical et M. F. A. Stewart, surintendant.

LES CHANTIERS MARITIMES ET LES TRAVAILLEURS

Les chantiers maritimes de Vancouver, Washington, comptent 35,000 employés. Vingt-cinq p. 100 sont des femmes; des boîteux, des infirmes, des vieillards, des jeunes, des robustes et "moins robustes" forment le reste. Il y a ici de la variété avec de l'efficacité, de l'organisation, de la direction, et par-dessus tout de la bonne volonté, car il n'y a pas de différends ouvriers chez Kaiser. On devrait réfléchir sur ce que cela signifie. Il doit y avoir une raison. Les travailleurs casqués ne le sont pas uniformément, de cette façon leurs contre-mâtres peuvent les reconnaître rapidement. Le visiteur voit de puissantes grues oscillantes, il est assourdi par le résonnement de l'acier, aveuglé par les chalumeaux des soudeurs et il contemple de longues rangées de navires et de porte-avions dont on hâte la construction. Tel est le tableau. La nécessité vitale c'est des hommes au travail. Des hommes malades ne peuvent construire de navires. Il y a dans les chantiers, à un endroit commode, le poste de premiers soins, partie intégrante des services d'hygiène qui comporte un nombre suffisant de médecins, d'infirmières, d'appareils radiographiques et de tous les autres aménagements modernes pour assurer les services les plus efficaces à chaque instant. Lorsque nous avons traversé ce poste nous avons compté 14 ouvriers qui recevaient des traitements ou qu'on préparait pour les recevoir. Il est aménagé pour répondre à toutes les exigences, sauf quant aux lits, mais il y a toujours 5 ambulances qui sont prêtes à transporter les malades alités au *Northern Permanent Hospital* à 2 milles de distance.

Dans cet hôpital d'une aire d'un tiers de mille sur le même niveau—sans escaliers ni ascenseur—des soins médicaux illimités sont à la disposition des ouvriers et de leurs familles, soit en tout 90,000 âmes.

L'inspection de ce superbe hôpital, climatisé, moderne, complètement outillé, permet de se rendre compte qu'un hôpital n'est plus un lieu à redouter et destiné à ceux qui sont dangereusement malades, mais que c'est un lieu agréable où l'on peut révéler les premiers symptômes pour en obtenir le diagnostic ainsi que pour la médecine préventive aussi bien que curative.

On peut y obtenir en tout temps des soins en obstétrique, en pédiatrie, en orthopédie, en gynécologie, en neurologie, en métabolisme basal, en physio-

thérapie, en dermatologie, en chirurgie, en urologie, de même que des examens au gastroscopie, des électrocardiogrammes, profiter de l'outillage, du service complet de laboratoire; bref, tout ce que la science médicale connaît de mieux est constamment disponible et à portée sous la direction de spécialistes éminents dans leurs domaines respectifs, des hommes qu'un exercice suffisant de leur science maintient en forme. On donne dans cette institution des soins médicaux selon les besoins du malade. Il n'y a pas de distinctions entre les classes. Les malades sont soignés par des spécialistes et par des infirmières qui ont terminé leurs cours. Une administration efficace confiée à d'autres qu'aux spécialistes les maladies et accidents bénins. Le plan clinique y prédomine. Il n'y a pas de lésinerie ni de fausse économie. Selon l'expression du Dr Cary A. Johnson, de Wilson, Okla.—Dans toute mon expérience je n'ai jamais été témoin de soins si nombreux et si bons donnés à si peu de frais. C'est contraire à toute mon expérience de constater le nombre illimité d'analyses chimiques du sang, d'électrocardiogrammes et de diagnostics radiographiques. On ne s'occupe jamais de leur nombre. Ces radiographies sont coûteuses." Le Dr Johnson a été stupéfié de la diversité, médicalement parlant, des sujets que devrait traiter le Dr Garfield. Ce dernier lui a dit: "Voyez-vous, nous n'acceptons pas dans nos chantiers d'ouvriers de plus de 45 ans. Nous leur faisons subir à tous un examen médical avant de les embaucher. Nous éliminons les inaptes; d'où allègement énorme de nos travaux médicaux. Nos frais en sont abaissés. Et cependant nos ouvriers sont loin d'obtenir les soins complets obtenus par ceux des chantiers Kaiser."

Au *Northern Permanent Hospital*, 36 médecins à service continu et cinq médecins à service discontinu prodigent des soins illimités à 90.000 personnes ou à celles d'entre elles qui en ont besoin.

Quel est le secret de cette efficacité?

1. Les malades n'hésitent pas à divulguer leurs premiers symptômes.
2. Il n'y a pas de démarches inutiles. Le service de réception où les médecins et les infirmières exercent leur protection assignent les malades aux soins appropriés.
3. Le travail d'équipe: des spécialistes dans leurs propres domaines.
4. Le programme de traitements est organisé afin de donner le maximum de résultats—des tuyaux acoustiques doubles dans chaque salle évitent des pas inutiles.
5. Des centres de travail dans chaque local comme ceux pour les accouchements, l'orthopédie, etc., groupent commodément le personnel approprié pour son travail.
6. L'élimination des tracasseries financières en ce qui concerne la maladie. Cela amène la question pécuniaire. Quels sont les traitements? La direction est toujours fière de donner ces renseignements. En 1941 les revenus moyens des médecins aux Etats-Unis furent de \$5,179. Kaiser a fixé ceux des siens à \$4,800 par année et les traitements varient de \$4,800 à \$14,000 par année. Les infirmières touchent de \$150 à \$200 par mois. Le personnel est traité avec la même générosité que les malades.

LES FRAIS

Les employés dans la plupart des hôpitaux versent 50 cents par semaine, les femmes 30 cents et les enfants 15 cents. On paie un peu plus dans la dernière allonge à l'hôpital Kaiser, celle de Vancouver, Washington, mais les taux baisseront sous peu. Kaiser projette de réduire le taux de bases de 7 cents par jour à 5 cents. Nul doute que cela puisse être accompli, les recettes actuelles étant suffisantes pour faire face à la dette et rembourser les immobilisations à raison de \$25,000 par mois. Les hôpitaux se paient en 2½ ans à 3 ans. On n'a jamais refusé à un ouvrier le summum des services. Un malade atteint d'une forme rare de pneumonie a obtenu un traitement qui lui aurait coûté \$7,000 ailleurs.

Dans l'espace de quatre mois, 600 malades ont été admis dans un hôpital Kaiser pour y recevoir des traitements qui leur auraient coûté de \$500 à \$1,000 ailleurs pour chacun et il y avait 40 malades qui auraient payé chacun \$1,000. Il y en avait cinq qui auraient dû déboursier ordinairement \$2,000. Ils furent tous soignés sans frais supplémentaires.

Il en coûterait \$120,000,000 afin d'assurer ce service au Canada, d'après le même plan d'ensemble. D'après le nouveau principe, les soins médicaux, chirurgicaux et hospitaliers doivent être illimités. L'on ne devrait pas choisir entre quelques soins médicaux et des soins médicaux complets jusqu'au maximum qu'offrent la science et les aménagements disponibles. Si l'on modernise les soins médicaux on peut construire des hôpitaux et en acquitter ces frais au bout de quelques années en inscrivant au budget du Dominion une somme d'au plus \$120,000,000 par année. Le gouvernement fédéral devrait donner son aide. Il devrait offrir des subventions, car il s'agit ici de médecine préventive et curative et d'aménagements pour administrer ces soins à des frais à la portée de notre population. Un prompt diagnostic est le secret de la médecine préventive et ce diagnostic n'est assuré que si l'obstacle pécuniaire est écarté entre le médecin et le malade.

Les hôpitaux Kaiser donnent des soins qui égalent tous ceux donnés au Canada. Ces hôpitaux sont modernes, climatisés, complètement outillés, convenablement aménagés; ils ont un nombre suffisant d'infirmières diplômées, de spécialistes éminents, de diététiciens et leur administration s'effectue d'après une base rationnelle. On y sert d'excellents repas.

Ces représentations ne sont pas exagérées. Elles ne s'appuient pas sur des on-dit et ne sont pas extraites d'articles de revues. Elles résultent d'investigations personnelles attentives. Nous nous sommes entretenus avec ceux qui assurent les services et avec ceux qui en profitent. Grâce à la courtoisie de la direction nous avons eu toutes les occasions de nous renseigner à fond. En voici un exemple insigne.

Voici une citation extraite du rapport annuel de 1943 du Dr Sidney R. Garfields:

L'essor rapide de notre organisation médicale explique bon nombre de nos problèmes. La plupart de nos erreurs résultent de la sous-estimation. Nous ne pouvions savoir au début que nous emploierions 90,000 ouvriers; notre première estimation ne portait que sur la moitié de ce nombre. Nous ne pouvions savoir que l'état physique des ouvriers serait tellement au-dessous de la moyenne. Il en est résulté que les médecins et les infirmières furent trop peu nombreux et que l'espace et les lits d'hôpitaux pour les malades externes étaient insuffisants. Il en est résulté beaucoup de fatigue pour notre personnel. Cependant, eu égard à ces déficiences, nous éprouvons une certaine fierté et une certaine satisfaction à nous rendre compte que nous avons accompli la tâche la plus étendue de fournir les soins médicaux au pays. L'étude des statistiques ci-jointes établira ce fait. Dans l'accomplissement de ce record nous nous sommes tenus de pair avec l'entreprise de construction navale Kaiser. On peut faire des conjectures quant au point où notre programme médical a influé sur ses records de production. Combien a-t-on épargné de temps? Et de vies? On a commencé des études statistiques afin de répondre à ces questions. Au point de vue économique, les résultats ont été plutôt étonnants. Bien que nous ayons fonctionné, entravés par les difficultés du temps de guerre et le coût élevé des fournitures et les traitements élevés qui les accompagnent, et que nous n'ayons réalisé que les recettes d'avant-guerre (soit les mêmes que nous touchions par employé il y a cinq ans) nous avons accompli ce qui suit:

1. Nous avons remboursé \$500,000 de la dette de \$700,000 contractée pour la construction et l'aménagement de nos hôpitaux.

2. Nous avons versé à nos médecins \$500,000 en traitements. Les traitements varient de \$4,800 à \$14,000 par année. Les revenus moyens des médecins en 1941 s'établirent à \$5,179.72. La moitié des médecins n'eurent des revenus nets que de \$3,912 par année. (Fascicule no 6 du *Time Magazine*, de 1943).

3. Nous avons versé \$494,219.72 à nos gardes. Les traitements vont de \$150 à \$200 pour les gardes attachées au personnel.

5. Nous avons traité un certain nombre de personnes nettement au-dessous de la moyenne au point de vue physique. En vertu du contrat avec le syndicat il n'a pas été possible de leur faire subir des examens physiques, mais même si ceux-ci eussent été permis, nous aurions été forcés d'employer presque tous ces ouvriers à cause de la pénurie de main-d'œuvre. Les limites d'âge des ouvriers n'importent pas tant que la guerre durera. Nos relations avec les médecins ont été mauvaises surtout à cause du manque de compréhension de nos motifs, de la méfiance envers notre plan financier et de la crainte de ce qu'il pourrait entraîner pour l'économie de l'exercice privé de la médecine. De grands progrès ont été réalisés l'an dernier afin d'obtenir l'approbation et l'appui des dirigeants de la profession médicale. Il est devenu bientôt évident à tous qu'on ne pouvait critiquer réellement un organisme s'occupant entièrement du travail de guerre et qui l'effectuait si bien. L'on ne pouvait pas plus nous critiquer que l'organisation médicale des services armés. La façon de rendre des services dans les deux est semblable—la seule différence consistant en ce que l'une est exploitée avec les taxes imposées par l'Etat et que l'autre est maintenue par les contributions volontaires des ouvriers à un organisme fonctionnant sans bénéfices. Le Gouvernement a exigé de nous une énorme production d'articles de guerre. Nous avons dû accomplir cela avec l'emploi d'hommes et de femmes âgés, atteints d'incapacités physiques et rejetés par l'armée. La tâche de nos médecins a été écrasante en comparaison de celle d'un nombre semblable dans l'armée. Tenant compte de ces facteurs, les médecins se sont montrés plus tolérants et nous ont aidés à plusieurs reprises à obtenir des médecins et les priorités nécessaires pour la construction. Nous exprimons ici notre reconnaissance au *Procurement and Assignment Service* ainsi qu'au comité de coordination médicale pour leur assistance. Il faut noter cependant que bien que la plupart des dirigeants de la profession médicale nous aient approuvés entièrement, cette approbation est tempérée par le fait qu'elle ne vaut que pour la durée de la guerre.

LE PLAN DES SERVICES DE LA CROIX-BLEUE OU DU NORTH WEST HOSPITAL

Alors que nous étions à Seattle nous avons étudié un plan d'hospitalisation qui est probablement le programme d'hospitalisation exclusive le plus étendue en Amérique du Nord. M. Olson, surintendant du Swedish Hospital, nous a consacré une grande partie de son temps à ce sujet.

Au delà de 12,000,000 de personnes de la nation relèvent maintenant des plans de la Croix-Bleue dans 78 centres de population. A même quelques sous pour chacun, versés mensuellement, il a été payé l'an dernier plus de 50 millions de dollars de notes d'hospitalisation pour ces abonnés qui ont eu besoin de soins d'hôpital au cours de cette année. En 1942 seulement, 144,000 "bébés payés d'avance" firent leur entrée dans le monde libre de toute hypothèque.

1. Le lit, la pension et le service général de traitement dans les salles (dans l'hôpital de votre choix). Une chambre privée peut être obtenue en acquittant la différence entre le taux de la salle et celui de la chambre privée.
2. Tous les services de la salle d'opération y compris l'anesthésie.

3. Tous les services de laboratoire.
4. Les drogues et les pansements.
5. Les services radiographiques.
6. Les services d'obstétrique, après avoir été membre pendant 10 mois. Ablation des amygdales et des végétations adénoïdes chez les enfants après 6 mois. Immédiatement, dans le cas des adultes.
7. Les maladies chroniques et qui existaient auparavant sont comprises.
8. Nulle limite d'âge.
9. Aucun examen médical n'est exigé pour s'inscrire.
10. On fournit l'hospitalisation en cas de maladies, d'interventions chirurgicales, ainsi qu'en cas d'accidents ou de maladies qui frappent les personnes loin de leurs foyers.
11. On accorde aux adultes du sexe masculin 111 jours d'hôpital et 21 jours par année aux femmes et aux enfants.

Chaque plan comprend des médecins dans son conseil consultatif. Chaque médecin dit que: "les abonnés sont traités plus tôt, avant que leurs maladies ne deviennent aiguës ou incurables. L'EXEMPTION DE TRACAS HÂTE LE RÉTABLISSEMENT."

L'*American College of Surgeons* et bon nombre de sociétés médicales d'Etat et locales approuvent officiellement les plans de la CROIX-BLEUE comme protection de la santé des particuliers et de la nation.

Le plan reconnaît l'importance des relations entre le médecin et le malade et il n'y a pas de dérangement des relations personnelles et professionnelles qui existent entre les malades, les médecins et les hôpitaux.

Les bons soins d'hôpital sont coûteux. L'abonné au plan approuvé est bien accueilli à l'hôpital parce que le plan acquitte promptement sa note et qu'il n'existe pas de problèmes de crédit. Grâce à leurs cartes de membres de la Croix-Bleue, bon nombre d'abonnés paient leur hospitalisation, quand autrement, ils auraient besoin d'aide, de collecte, ou de financement de l'extérieur. Ceux qui adhèrent à ce plan aident à équilibrer le budget de l'hôpital ce qui lui permet de rendre encore plus de services. Depuis des années les hôpitaux américains sont les mieux outillés au monde et peuvent compter sur les praticiens les plus habiles, mais les personnes qui avaient besoin de soins et qui ne pouvaient les payer constituaient un problème grave. L'*American Hospital Assoc.* a étudié un moyen de mettre l'hospitalisation nécessaire à la portée de tous. Les plans de la Croix-Bleue ont résolu ce problème. Depuis l'inauguration de ces plans, des millions de personnes sont groupées dans de grandes et petites villes afin de s'assurer des soins d'hôpital prompts et suffisants. Ces plans sont nettement d'institution américaine, une combinaison unique d'initiative individuelle et de responsabilité sociale. Ils rendent un service public sans gain particulier. Ils empêchent l'épuisement des épargnes des abonnés et stabilisent les appuis financiers des hôpitaux qui assurent les services. Grâce à ces plans les services des hôpitaux américains sont répartis efficacement en vue de faire face aux besoins d'hygiène de chaque particulier et de toute la nation. La réussite du plan de la Croix-Bleue dans cette ville de même que dans toutes les autres où il est établi dépend de l'intérêt et de la coopération de nos dirigeants municipaux et commerciaux ainsi que des modiques souscriptions mensuelles de ses membres par l'entremise de leurs employeurs.

Déjà ancien, le plan de la Croix-Bleue est établi et fonctionne à l'avantage de chacun de ses adhérents individuels dans 78 villes de régions qui comptent 90 p. 100 de la population des Etats-Unis. Un contrat soutenu par l'hôpital garantit les services d'hôpital nécessaires. Chacune des unités approuvées de la Croix-Bleue aux Etats-Unis fonctionne d'après un principe semblable. On peut faire en sorte de transporter son adhésion d'une région à une autre, ce qui assure de profiter de tous les avantages des services disponibles.

L'*American Hospital Assoc.* et l'*American College of Surgeons* ont approuvé le principe du plan de la Croix-Bleue et ont établi des normes pour l'expansion des plans non lucratifs. Les organismes qui sont établis et dirigés d'après ces normes se reconnaissent au sceau d'approbation de l'*American Hospital Assoc.* superposé à la Croix-Bleue, d'où le nom. Cette approbation est concédée annuellement aux organismes répondant aux normes suivantes:

1. Concours des professionnels et de la collectivité.
2. Organisme bénévole.
3. Libre choix de l'hôpital et du médecin.
4. Méthodes convenables de comptabilité.
5. Services garantis par les hôpitaux.
6. Données statistiques satisfaisantes.
7. Situation financière solide.
8. Développement raisonnable.
9. Paiements suffisants aux hôpitaux.
10. Publicité et administration dignes.
11. Distinction d'avec les finances de l'hôpital.
12. Prévision exclusive des soins d'hôpital.
13. Aucune intervention dans les relations professionnelles.
14. Système à l'avantage du public.

Les cotisations mensuelles sont de 75 cents par personne plus une cotisation mensuelle moindre pour chaque personne à charge jusqu'à concurrence d'une cotisation mensuelle de \$2. Aucune famille, quel que soit son nombre, ne doit payer plus de \$2 par mois. Cela prouve encore que le peuple du Canada peut être hospitalisé pour moins de \$50,000,000 et confirme notre estimation antérieure basée sur l'expérience Kaiser, que les soins complets de l'hôpital et du médecin, y compris la prophylaxie et la thérapeutique, peuvent être fournis au peuple au coût de \$120,000,000. Cela dépasse un peu la somme proposée par le Comité fédéral de la santé et de la sécurité sociale ou est presque égal à la part devant être prélevée du revenu consolidé du Canada. Pourquoi ne pas simplifier l'aspect financier du problème en adoptant cette méthode dictée par le bon sens?

CLIENTÈLE COLLECTIVE

En ces jours de mouvements collectifs, nous atteignons à un sommet, résultat du progrès matériel. Plus nous nous élevons, plus notre vue s'étend au loin. Nous percevons les merveilles de l'avenir. Mais dans notre enquête, il ne s'agit pas seulement de voir. Il faut être pratique aussi. Si nos recherches mettent à jour des méthodes nouvelles qui se heurtent à certaines de nos vieilles institutions, étudions-les soigneusement à la lumière de la raison. La profession médicale ne constitue pas un groupe isolé se refusant aux méthodes nouvelles, bien qu'il se trouve parmi leur nombre, comme dans toutes les autres classes de la société, certains d'entre eux qui retardent. On se souvient que les grandes découvertes de Lister dans le domaine des antiseptiques, de même que les découvertes de Pasteur, ont d'abord été vues d'un mauvais œil par la profession médicale. Mais se trouve-t-il un médecin aujourd'hui qui approuverait cette attitude?

La profession médicale s'est opposée officiellement à la médecine d'Etat dans presque tous les pays. C'est cependant à l'honneur des médecins que dans les pays qui ont adopté la médecine d'Etat leur attitude s'est grandement modifiée.

Personne ne sous-estime les efforts héroïques des médecins aux temps du cheval et de la carriole, et nos contemporains se réjouissent des magnifiques améliorations et des progrès de la science médicale. Personne assurément—et

nous incluons la profession médicale—ne désire continuer un régime démodé qui refuse à bien des gens les avantages modernes pour le traitement des malades.

L'agriculture collective est préconisée par plusieurs, surtout parce que la ferme exploitée par une seule personne exige un outillage moderne qu'une culture limitée n'emploie pas suffisamment pour en justifier l'achat.

Dans une petite ville du sud de la Saskatchewan, l'arrière-bureau du médecin renferme une installation de rayons-X. On s'en sert peut-être une fois par mois pour un travail secondaire (les plaques de première importance exigeant les services d'un radiologue). Les installations de rayons-X sont nombreuses en Saskatchewan, mais les spécialistes qui pourraient les bien employer font défaut. En général, les médecins ne peuvent pas se procurer tout l'outillage nouveau. En essayant de se le procurer, les médecins ont fait monter leurs honoraires à un niveau inabordable pour bien des gens. Non seulement cela empêche-t-il, dans la plupart des cas, de profiter des découvertes modernes, mais cela nuit aussi au travail du médecin. Comment le diagnostic peut-il être autre chose que de l'à peu près pour certains cas exigeant les services de laboratoire et de consultation quand la médecine individuelle rend leur usage trop coûteux. Nous nous souvenons de la déclaration d'un médecin donnant cet exemple d'un malade qui avait été le voir. Le médecin demanda des plaques de rayons-X, un examen de laboratoire et plusieurs autres examens, rien de tout cela ne pouvant se faire à son bureau. Si le médecin avait eu en sa possession un appareil de rayons-X, il lui aurait fallu aussi les services d'un radiologue. Il ne s'agit pas simplement dans ce cas du coût estimatif de ces examens, à savoir cinquante dollars. La question importante, c'est que trop souvent le diagnostic ne peut pas être complet.

Pourquoi des milliers de patients se rendent-ils à la clinique Mayo? C'est à cause de la faillite de la médecine privée, parce que nous n'avons pas su appliquer notre science médicale d'une façon coopérative. Il peut exister des installations suffisantes et un nombre satisfaisant de spécialistes, radiologues, neurologues, gynécologues, chirurgiens orthopédiques, dermatologistes et le reste, mais notre système de clientèle privée ne les rend pas accessibles dans leurs domaines particuliers et dans les conditions voulues.

Dans la pratique privée chaque médecin est porté à faire son propre travail de laboratoire. Sa clientèle peut être trop restreinte pour lui permettre d'employer des techniciens ou d'outiller convenablement son laboratoire. Au surplus, si chaque médecin devait outiller son bureau et son laboratoire complètement, il se produirait beaucoup de pertes inutiles. Le mouvement tenté actuellement dans ce sens a augmenté trop considérablement les frais médicaux. Cette duplication d'un outillage qui sert très peu n'est pas économique; elle est coûteuse et inefficace. Les consultations et les diagnostics faits dans une institution unique bien outillée épargnent le temps du patient et celui du médecin; cela empêche le médecin d'essayer le traitement inconsideré de certains désordres qui ne sont pas de sa spécialité et assure au patient un diagnostic complet. Ainsi le malade n'a pas besoin d'être très versé dans les choses cliniques pour savoir s'il a consulté un nombre suffisant de spécialistes.

Le médecin solitaire, pour réussir, devra avoir des manières professionnelles agréables et cela n'a peut-être aucun rapport avec la compétence. Cette relation personnelle entre le médecin et le patient, cette formule souvent répétée: "choisissez votre propre médecin" a peu de valeur quand elle se compare avec la "considération d'argent" qui fait son apparition entre le médecin et le client, et cela plus particulièrement quand des honoraires non plafonnés sont montés très haut en vertu des efforts de chaque médecin pour se pourvoir d'une installation complète. La médecine étatisée corrigera cette injustice.

Qu'il y ait place pour la médecine privée, nous le voulons bien, mais qu'elle soit à la portée de tous. Environ 50 pour cent de toutes les maladies n'ont

qu'une importance secondaire et n'exigent pas l'intervention d'un spécialiste ou la clinique. Ce genre de maladie est vite classé chez Mayo ou Kaiser ou dans les centres analogues de médecine collective. Cette méthode de classement s'adapte tout aussi bien à un plan provincial ou fédéral qu'à ceux dont nous avons parlé. Cette méthode est évidemment efficace et pratique. Des hôpitaux modernes, parfaitement outillés, devraient être placés aux meilleurs endroits à travers toute la province. Là, on pratiquerait surtout la médecine collective.

Puis il y a le trait d'union — les cliniques mobiles et les avions ambulanciers. Dans la province d'Alberta, les cliniques mobiles ont prouvé leur utilité et leur efficacité. En 1921 une clinique dentaire a remporté tant de succès qu'on y a ajouté des services médicaux et chirurgicaux. Le *National Farm Radio Forum*, dans un feuillet publié le 20 décembre, souligne que "dès 1936 la clinique mobile comprenait un chirurgien en charge, un médecin examinateur et un anesthésiste, deux dentistes et quatre garde-malades". Nous tirons cette citation du feuillet:

Durant le premier jour de clinique, deux médecins et un dentiste se chargent d'examiner les enfants. Les parents des enfants qui ont besoin d'une opération sont avertis et on leur demande de ramener les enfants le jour suivant. Les dentistes donnent les traitements dentaires tandis que les garde-malades s'occupent des écritures et de l'organisation nécessaire. Le deuxième jour un dentiste continue les traitements dentaires alors que l'autre s'occupe des extractions exigeant l'anesthésie. Durant cette journée les chirurgiens font aussi les opérations nécessaires. Les patients demeurent dans la salle d'hôpital improvisée jusqu'au jour suivant alors que la clinique se transporte au prochain centre.

On s'efforce toujours d'obtenir pour la clinique le concours des médecins de chaque endroit. Ils sont avertis d'avance de son arrivée et quand c'est possible ils travaillent à la clinique. Au besoin, les enfants traités à la clinique sont renvoyés au médecin de famille pour traitement ultérieur. Les travaux de chirurgie de la clinique ont remporté des succès remarquables. Il ne s'est produit aucun décès à la suite des opérations. Malheureusement les finances provinciales ont rendu nécessaire certaines restrictions qui ont limité les services de la clinique roulante.

La médecine collective, les cliniques, la pratique privée, les cliniques mobiles, les avions ambulanciers sont indispensables pour fournir à tous les soins médicaux. Ils ne sont pas dispendieux. Quand les services sont bien organisés, ils constituent une économie. Nous ne pouvons nous dispenser d'aucune de ces choses qui ont chacune leur valeur. Nous ne pouvons pas nous permettre de continuer les méthodes actuelles de hasard et d'aventure. Les résultats donnés ci-inclus démontrent amplement la folie d'une telle stupidité.

La médecine étatisée en Saskatchewan a dépassé la période des commencements. Nos efforts jusqu'à date ont été extrêmement fructueux au double point de vue des personnes qui donnent le service et des résultats obtenus. Certains ont dit que la profession médicale ne voudrait pas coopérer. Nous ne sommes pas de cet avis. Au cours de notre expérience nous n'avons pas, jusqu'à date, à nous plaindre. Nos institutions de maladies mentales, bien qu'insuffisantes pour faire face aux besoins, n'ont certainement pas soulevé de plaintes de la part des membres du corps médical chargé du côté professionnel de ces établissements; de même, aucune difficulté sérieuse n'a surgi de la part des profanes qui partagent la direction et l'administration de nos hôpitaux de maladies mentales. On peut dire la même chose de notre clinique pour le cancer et les maladies vénériennes et des autres branches des services publics d'hygiène.

Ce sera toujours un motif de fierté pour le peuple de la Saskatchewan que la médecine d'Etat nous ait fourni le taux de décès par la tuberculose le plus bas au monde. Sous le régime de la médecine individuelle, dans les premiers temps

de la province, la tuberculose prenait rapidement les proportions d'un fléau incontrôlable. Mais il semble que chaque période critique, la guerre, les épidémies ou la peste à leur phase aiguë, fait mettre de côté les mauvaises excuses et les prétextes qui sont remplacés par l'efficacité. A savoir: le contrôle de la tuberculose en Saskatchewan et, présentement, l'introduction d'un traitement pour le cancer. Pourquoi nous répugne-t-il tant d'adopter des méthodes évidemment efficaces? Pourquoi permettre tant de souffrances et de misères avant que nous tous, comme peuple, nous imposions notre volonté?

La science médicale a maintenant développé une nouvelle méthode de rayons X pour le diagnostic de la tuberculose. Ce même examen indique plusieurs autres désordres. Y a-t-il du bon sens à un régime qui prévoit le traitement efficace d'une maladie tandis que toutes les autres sont abandonnées à un système arriéré qui empêche, dans bien des cas, d'employer les meilleures techniques médicales? Est-il justifiable de permettre qu'un outillage médical très peu employé, mais qui exige les mêmes dépenses pour chaque médecin, soit payé par les malades? Répondez à ceci: pourquoi l'opinion publique n'exige-t-elle pas l'usage coopératif et par des spécialistes, s'il vous plaît, de TOUTES, non pas de une par ci par là, mais de TOUTES les découvertes de la science médicale dans certains centres placés aux meilleurs endroits?

La société prend une part active à la médecine d'Etat par l'entremise de commissions indépendantes et les exemples donnés plus haut démontrent que ce contrôle est sûr. Cette méthode prévient toute influence indue de la part de certains groupes et instaure l'efficacité pour le plus grand bien de tous—riches et pauvres.

CONCLUSION

Il est impossible de comprendre pourquoi trois rapports très détaillés sur l'hygiène au Canada ont évité presque complètement la question de l'insuffisance des médecins, de la répartition inégale et injuste des médecins entre les régions urbaines et rurales et du contrôle indu exercé par les associations médicales sur les examens médicaux avec restrictions en conséquence. C'est une négation manifeste de la démocratie et de l'égalité de prétendre que seuls les étudiants capables d'assumer les frais de la formation professionnelle puissent devenir médecins.

Il n'existe probablement aucun autre exemple d'un métier, d'une industrie ou d'une profession disposant du privilège de recommander ou d'examiner ceux qui seront plus tard des concurrents. Le principe est injuste et les résultats semblent avoir été désastreux en Saskatchewan où, même avant la guerre, le nombre des praticiens était loin d'être suffisant. Comment nos corps dirigeants pourront-ils répondre au peuple qu'ils représentent si, comme c'est possible, une épidémie sérieuse se déclare après la guerre? Au lieu de décourager les étudiants en médecine, nous devrions nous hâter d'ouvrir les voies à ceux-là dont la situation financière empêche la fréquentation des collèges de médecine. Un projet d'hygiène bien organisé se chargerait du remboursement après la réception du diplôme, des dépenses occasionnées par l'instruction médicale et d'une partie des avances nécessaires.

Les examens médicaux devraient être tenus par des fonctionnaires de l'Etat, par des professeurs de médecine parvenus au sommet de leur profession. Voilà un autre motif pour aiguillonner l'initiative du médecin, puisque, sans aucun doute, les professeurs de médecine devraient être entièrement au service de l'Etat et recevoir une ample rémunération pécuniaire et autre, afin que ce domaine soit très convoité et que la concurrence professionnelle y joue un rôle.

Au cours de cet exposé nous n'avons pas essayé de vous faire voir toutes les réalisations canadiennes dans le domaine de l'hygiène publique. Cela a été surfait dans les rapports déjà présentés. Nous savons tous que chaque pays a développé sur une échelle plus ou moins vaste, les choses de la santé publique.

Cependant, l'insinuation du Dr Heagerty et de quelques autres médecins à l'effet que la pratique de la médecine en Amérique est en avance sur celle des autres pays semble discutable. Nous ne voulons pas dans ce rapport entrer dans de longues comparaisons. Nous avons déjà cité passablement les publications russes authentiques que nous recevons directement de VOKS de Moscou par la gracieuseté de la Légation soviétique à Ottawa. Nous aimerions tirer une citation du "Hungarian Quarterly" de (date) sur l'hygiène publique de ce pays avant la guerre. (Date: automne 1938.)

Le centre du travail de santé publique dans chaque village est le centre d'hygiène; un édifice de dimensions variables, selon les besoins, mais contenant, si possible, au moins une salle d'attente et une salle de consultation; dans la capitale de chaque région un local assez vaste y est affecté, lequel, en plus des salles d'attente et de consultation, renferme des douches et aussi un logement pour la garde-malade. Les écoliers peuvent se servir gratuitement des douches. Dans les plus grands centres on ajoute des salles de consultation pour les tuberculeux et, où c'est possible, des appareils de rayons X. Les frais se divisent également entre l'Etat, la nation et le village. La garde-malade est toujours payée par l'Etat et reçoit un salaire égal à celui d'un instituteur. Les frais de ce service sont proportionnés aux moyens modestes des villages et coûtent annuellement environ six pence par personne.

Au lieu de prendre l'attitude des médecins de l'administration fédérale, nous devrions nous sentir portés à faire franchement et ouvertement des excuses au peuple canadien de ce que 44 p. 100 de nos jeunes gens ont été trouvés inaptes au service militaire dans la catégorie A; de ce que le Canada n'arrive que le 22^e parmi les nations du monde au sujet de la mortalité maternelle; de ce que les frais médicaux du Dominion sont parmi les plus élevés du monde et que des milliers de mères ne reçoivent aucun soin à l'accouchement et que des milliers d'individus négligent leur santé à cause du coût élevé et de l'insuffisance des médecins et des services disponibles, tels les laboratoires pourvus de rayons X, etc. Il est presque ridicule que dans certaines provinces, et la Saskatchewan en est une, aucune législation n'existe pour réglementer la spécialisation médicale. Il est encore très remarquable que vu les réussites de renommée mondiale de la clinique Mayo, nous n'ayons fait à peu près aucun effort pour adopter des méthodes analogues de diagnostic et de consultation. Les résultats de semblables institutions fournissent la preuve que les bonnes méthodes ne sont pas nécessairement compliquées et dispendieuses. Il en résulte au contraire une économie.

Nous déclarons donc que:

- (1) Les méthodes actuelles de fournir les services médicaux n'ont pas été de nature à rendre accessibles à une grande partie de la population les bénéfices complets de la thérapeutique et de la prophylaxie; et
- (2) Les découvertes connues de la science médicale et les services actuellement d'un usage restreint ne sont pas facilement accessibles à une grande partie de la profession médicale; et
- (3) Les avantages des consultations et des services cliniques ne sont pas organisés convenablement et adéquatement de façon à garantir la sûreté du diagnostic; et
- (4) La pratique actuelle de la médecine fondée sur la rémunération des services rendus n'est pas de nature à encourager un plan de diagnostic clinique et de consultation, et elle ne favorise pas non plus la prophylaxie et ses divers services; et
- (5) Les études médicales sont accessibles seulement à ceux qui peuvent financièrement en assumer les frais; et

- (6) Il semble exister une tendance à restreindre le nombre des étudiants auxquels on permet de subir les examens médicaux; et
- (7) Le nombre des médecins accessibles au peuple canadien est loin d'être suffisant; et ils sont mal répartis; et
- (8) L'organisation et l'administration des services médicaux sont restreintes presque exclusivement à un seul groupe, à savoir, la profession médicale, écartant ainsi tous les profanes habiles dans l'organisation ou les affaires; et
- (9) L'avant-projet de loi préparé en vue d'être présenté à la Chambre des communes n'apporte pas un remède suffisant aux faiblesses exposées plus haut et propose des dépenses administratives inutiles par la création d'un ministère chargé d'une évaluation compliquée et de la perception, imposant au peuple de ce pays le fardeau d'un système de bilans et de rapports complexe et difficile à comprendre; et que la disposition qui exclut de ce projet les personnes recevant au delà d'un revenu déterminé détruit complètement toute possibilité d'une prophylaxie efficace.

Afin d'améliorer la situation nous recommandons fortement:

- (1) Que tous les services médicaux disponibles soient mis à la portée de tous, que le malade soit capable de payer ou non.
- (2) Que les projets d'hôpitaux et de médecins pour les municipalités soient développés, avec toute l'aide provinciale nécessaire, financière ou autre, de manière à inclure toutes les municipalités aussi bien que les hameaux, les villages, les villes et les cités et les régions non organisées. Nous demandons que conformément à ce qui précède, des cliniques bien outillées soient établies pour faire les diagnostics et que des spécialistes soient entraînés à cet effet, et que des dispositions soient prises afin de faire concorder ces projets municipaux avec les plans provinciaux.
- (3) Que le gouvernement fédéral soit prié de fournir des subventions suffisantes aux provinces dans le but d'établir un hôpital provincial et un projet médical qui aurait l'approbation des municipalités rurales de la province.
- (4) Que les autorités fédérales poursuivent leurs efforts pour préparer une loi fédérale des services de santé acceptable.
- (5) Que les gouvernements provinciaux fondent des collèges médicaux pour former les médecins et le personnel médical en offrant des bourses d'études et autres secours aux étudiants en médecine.
- (6) Que, dans ce but, le gouvernement fédéral accorde des subventions aux provinces pour l'instruction.
- (7) Qu'un ministère provincial de la santé se charge de convoquer une conférence des représentants de toutes les classes de la population pour étudier les diverses propositions sur la santé maintenant placées devant le public et particulièrement l'avant-projet de loi fédéral.

Pour terminer, nous désirons souligner le fait que nous approuvons entièrement et que nous appuyons fortement les propositions soumises précédemment au Comité de la sécurité sociale par la Fédération canadienne de l'agriculture. Lors du dernier congrès annuel de la *State Hospital and Medical League* tenu à Regina le 14 octobre 1943, une déclaration approuvant les propositions de la Fédération de l'agriculture était adoptée à l'unanimité par le congrès en entier dont les membres, représentant toutes les régions de la Saskatchewan, représentaient aussi au delà de 400 organismes provinciaux différents. Nous demeurons persuadés que ces propositions offrent la solution la plus logique, la plus équitable et la moins dispendieuse au problème de fournir des services prophylactiques et thérapeutiques suffisants pour tout le peuple du Canada. En cela nous croyons parler au nom de la grande majorité des gens du peuple de la Saskatchewan et du Canada.

APPENDICE " B "

Une conférence des ministres et sous-ministres provinciaux de la Santé a été tenue à Ottawa les 10, 11 et 12 mai 1944, afin de discuter la question de l'assurance-santé.

Tous les ministres et sous-ministres provinciaux de la Santé ont pris part à cette réunion. Les membres du Comité consultatif de l'assurance-santé et du Comité des finances et plusieurs représentants du Comité spécial de la sécurité social y ont également participé.

Tous les ministres ont approuvé le principe de l'assurance-santé et se sont déclarés en faveur de son adoption prochaine. Quelques ministres ont dit douter de pouvoir instaurer d'un seul coup toutes les prestations de la loi et de pouvoir les appliquer immédiatement à toutes les parties de la province. La discussion sur cette partie du sujet a été soulevée par quatre questions soumises pour étude au Comité consultatif de l'assurance-santé et au Comité des finances de l'assurance-santé. Les questions posées et les réponses des Comités sont les suivantes:

Questions:

Est-ce votre avis que la loi fédérale sur l'assurance-santé devrait être élaborée de façon à permettre:

1. Que les prestations d'assurance-santé soient instaurées une par une à mesure qu'il sera possible de le faire dans chacune des provinces.
2. Que les subventions fédérales soient accordées à mesure que chaque prestation sera instaurée dans chacune des provinces.
3. Que les provinces aient la permission de se procurer des fonds de la manière qui leur conviendra.
4. Si l'on constate d'après l'expérience que \$12.00 par personne, plus la subvention fédérale, est au-delà de ce qu'il faut pour fournir les services de l'assurance-santé, que les provinces aient la permission de diminuer la somme versée au fonds.

Réponses:

De l'avis commun du Comité consultatif de l'assurance-santé et du Comité des finances de l'assurance-santé:

Questions 1 et 2:

Attendu que l'avant-projet de loi d'assurance-santé est présentement soumis au Comité spécial de la sécurité sociale et ne sera peut-être pas révisé par le Comité consultatif de l'assurance-santé sans l'autorisation de ce Comité, la question devrait être étudiée par le Comité spécial de la sécurité sociale et sera soumise à ce Comité.

Question 3:

Chaque individu devrait être inscrit et une contribution devrait être perçue pour chacun et de la part de chacun. Il est entendu que la méthode de perception devra être assez flexible.

Question 4:

Une disposition de l'avant-projet de la loi d'assurance-santé prévoit ce cas.

Il a été suggéré que certains des octrois pour l'hygiène publique étaient insuffisants, à savoir :

Il a semblé que la subvention de 25 cents par personne pour la santé publique en général était trop bas et il a été proposé que ce montant soit augmenté à 35 cents par personne.

Il a été suggéré que la subvention pour la tuberculose et celle pour les maladies mentales étaient insuffisantes et qu'en les acceptant certaines provinces perdraient de l'argent dans plusieurs cas. Il a été suggéré d'augmenter ces deux subventions. Les provinces n'ont pas spécifié le montant de l'augmentation.

Il a semblé que la subvention pour les maladies vénériennes était plus que suffisante et, de fait, une province (le Manitoba) a exprimé l'avis qu'il lui serait peut-être difficile de dépenser un montant égal à l'octroi reçu.

Il a été suggéré que la subvention pour formation professionnelle devrait être augmentée à \$250,000 et, si nécessaire, être sujette à une augmentation pour une période de cinq à dix ans selon les besoins.

Il a également semblé que la méthode de répartition entre les provinces de la subvention pour les enfants infirmes devrait être spécifiée. Une répartition se basant sur le nombre des personnes serait très acceptable.

Un temps assez long a été consacré à l'étude des frais. Les délégués de la Colombie-Britannique croyaient que le coût estimatif de \$21.60 par personne était trop haut. Afin de satisfaire les représentants de la Colombie-Britannique, une réunion des représentants du Comité consultatif de l'assurance-santé, du Comité des finances et des sous-ministres de la Santé s'est tenue durant la soirée du 10 mai. Chaque article formant le total de \$21.60 a été discuté à fond et, exception faite du montant alloué pour les travaux dentaires qu'on a cru devoir soumettre pour étude à la *Canadian Dental Association*, chaque article a été approuvé par une motion et adopté à l'unanimité.

Le rapport du comité est comme suit :

Le comité nommé pour étudier le coût estimatif de \$21.60 par personne nécessaire au fonctionnement de l'assurance-santé au Canada désire présenter le rapport suivant :

Article 1—Honoraires du praticien

Etant donné les renseignements à sa disposition, le comité ne croit pas devoir recommander aucune réduction des \$9.50 par personne pour les praticiens et les services de consultation.

Article 2—Hospitalisation

Le comité recommande l'approbation du montant de \$3.60 par personne pour les frais d'hôpital.

Article 3—Soins d'infirmières

Le comité recommande que la somme de \$1.75 par personne pour les prestations de gardes-malades soit acceptée en attendant d'autres renseignements qui indiqueraient que ce montant devrait être plus élevé ou plus bas.

Article 4—Remèdes et instruments chirurgicaux

Le comité recommande que la somme de \$2.55 par personne pour les remèdes et les instruments soit acceptée.

Article 5—Services de laboratoire

Le comité recommande que la somme de 60 cents par personne pour services de laboratoire, de rayons-X, etc., soit acceptée.

Article 6—Travaux dentaires

Le comité recommande que si les services dentaires doivent se limiter aux enfants entre 3 et 16 ans, le montant de \$3.60 par personne pour les travaux dentaires devrait être étudié de nouveau et un montant fixé après discussion avec les représentants de la *Canadian Dental Association*.

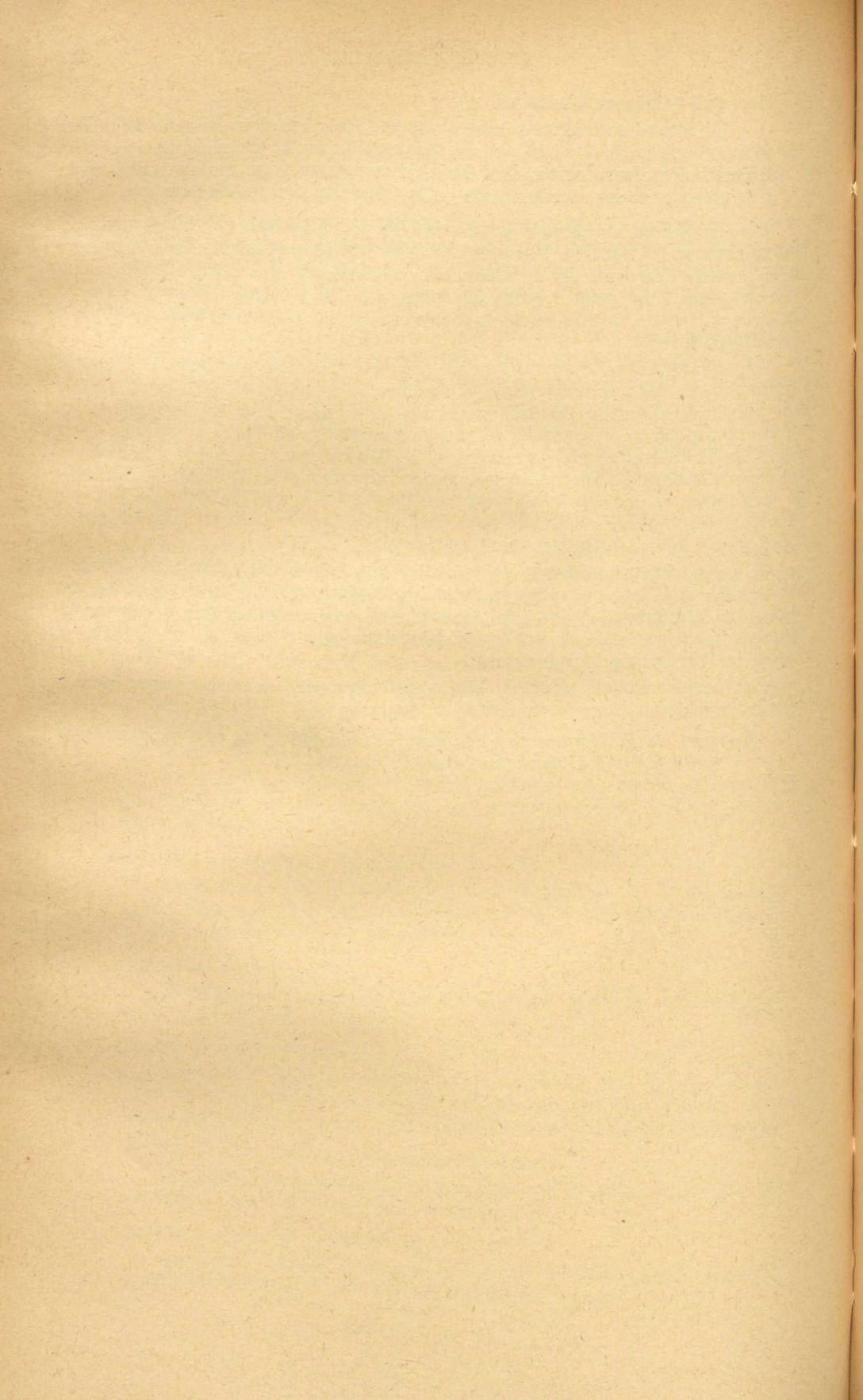
Pour ce qui est du dernier article, je puis dire que, bien que la loi signifiait clairement que les services dentaires devaient être fournis à tous dans la mesure où le nombre des dentistes au Canada le permettrait, il a paru difficile d'éclaircir le point. Le comité semblait croire que les services dentaires seraient limités aux enfants en-dessous de seize ans et c'est sur cette base qu'il a poursuivi ses délibérations.

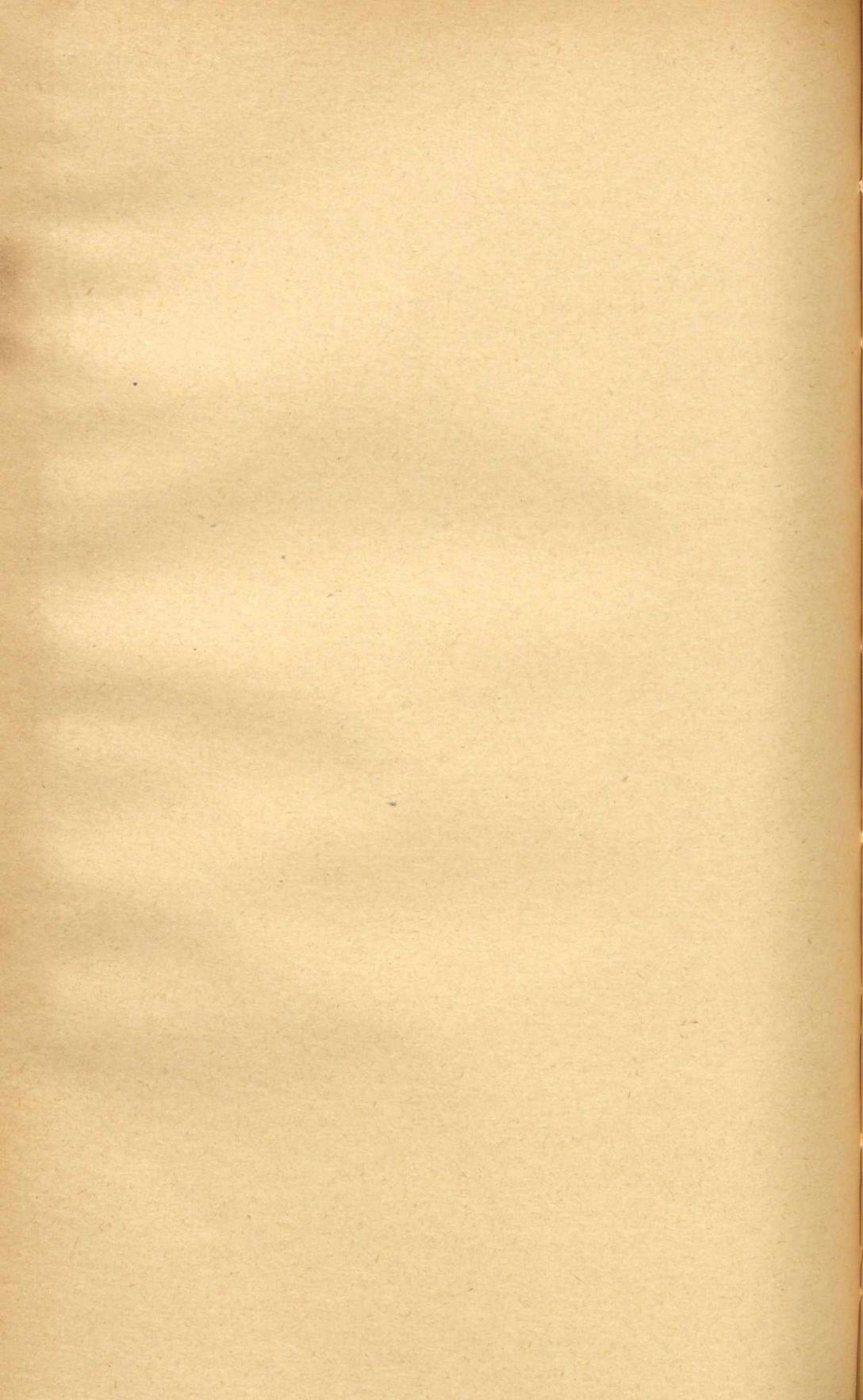
Cependant, après la soumission du rapport du comité des frais, il a semblé préférable que les provinces étudient chacune la question et qu'elles se réunissent plus tard pour les discuter en détail. A ce sujet, il a été suggéré par le président du comité consultatif de l'assurance-santé que les deux experts de la Colombie-Britannique qui étaient venus à Ottawa pour s'occuper spécialement des frais demeurent plus longtemps pour en discuter avec le comité consultatif de l'assurance-santé. Ils ont refusé de le faire, alléguant qu'ils n'avaient pas avec eux des données suffisantes pour leur permettre de soutenir leur allégation à l'effet que le coût estimatif était trop élevé.

Il a été très encourageant de constater que tous étaient d'un avis unanime sur la nécessité de l'assurance-santé et sur l'opportunité de son adoption par toutes les provinces le plus tôt possible bien que certaines des provinces ne puissent peut-être pas en appliquer immédiatement toutes les dispositions à toutes les parties de leur territoire.

Les membres ont exprimé leur satisfaction des mesures prises par le Dominion pour indiquer la voie dans ce domaine.

(Rapport de la réunion des ministres et sous-ministres provinciaux de la Santé tenue à Ottawa du 10 au 12 mai 1944.)





SESSION DE 1944
CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

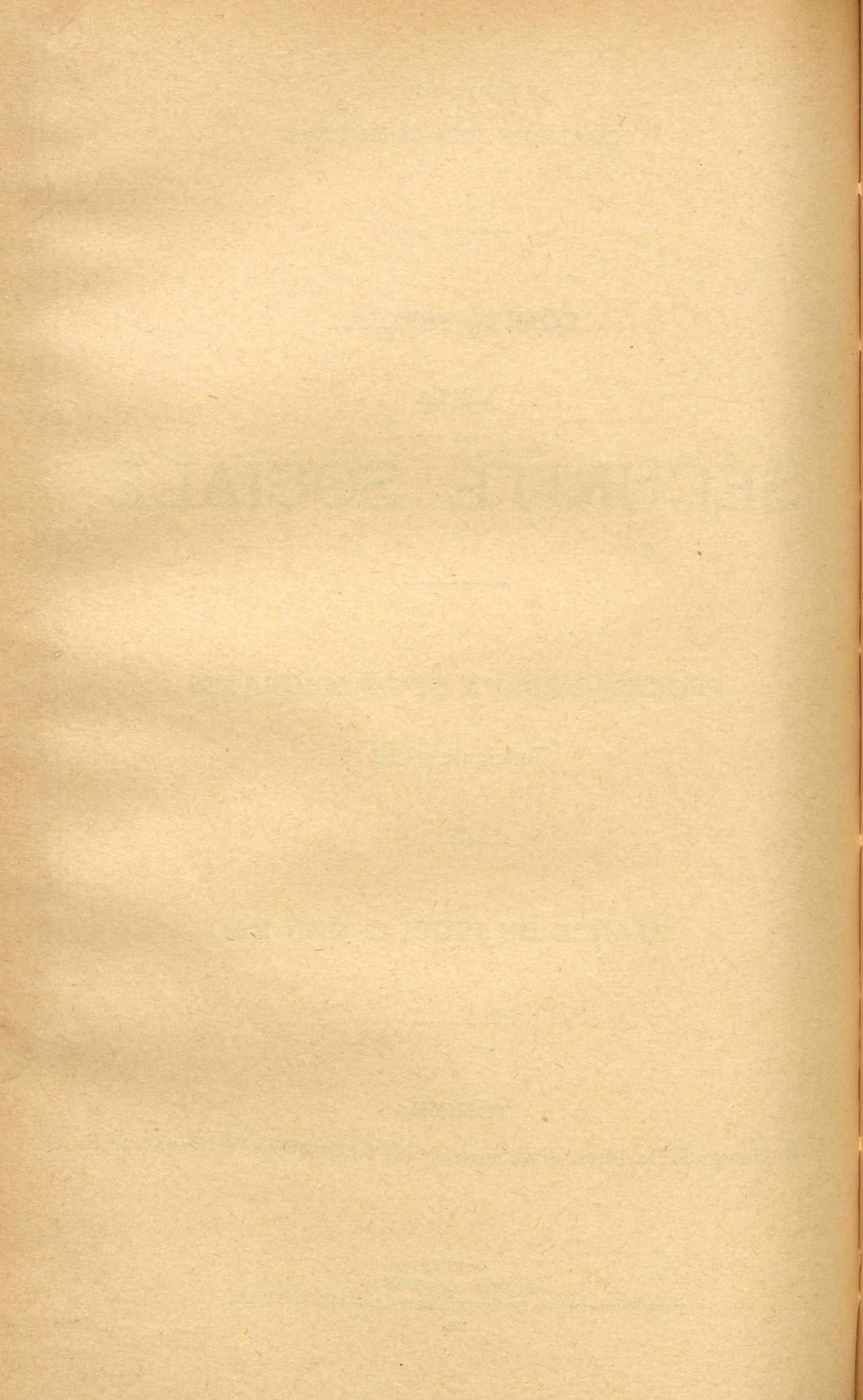
Fascicule n° 10

SÉANCE DU JEUDI 22 JUIN 1944

TÉMOIN :

Le Dr George F. Davidson, directeur exécutif du Canadian Welfare Council.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1944



PROCÈS-VERBAUX

Le JEUDI 22 juin 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'hon. Cyrps Macmillan.

Présents: MM. Adamson, Breithaupt, Bruce, Mme Casselman, MM. Côté, Fulford, Gershaw, Hatfield, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Mackenzie (*Vancouver-centre*), Macmillan, McCann, Maybank, Mayhew, Shaw, Warren et Wright—19.

Sont aussi présents:

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. A. D. Watson, actuaire en chef, département des Assurances;

M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. J. T. Marshall, directeur de la Division des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique;

M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'impôt sur le revenu;

M. S. Stangroom, directeur général de l'assurance, Commission d'assurance-chômage;

M. J. E. Howes, du personnel des recherches, Banque du Canada.

M. Maybank informe le Comité qu'il a deux motions à présenter sur l'avant-projet de loi de l'assurance-santé. Le président déclare que ces motions devront être renvoyées à une date ultérieure.

Le Dr George F. Davidson, directeur exécutif du *Canadian Welfare Council*, est appelé. Il soumet un mémoire au Comité et il est interrogé.

Le Dr Davidson est prié de déposer une reproduction de l'en-tête du papier de correspondance du *Canadian Welfare Council*, reproduction qui figurera dans les témoignages. Voir l'appendice "A". On l'invite également à soumettre par écrit ses vues quant aux mesures qu'il est le plus urgent d'adopter à l'heure actuelle, par ordre d'importance; ces vues seront ensuite comparées avec celles dont le docteur L. C. Marsh a dressé une liste.

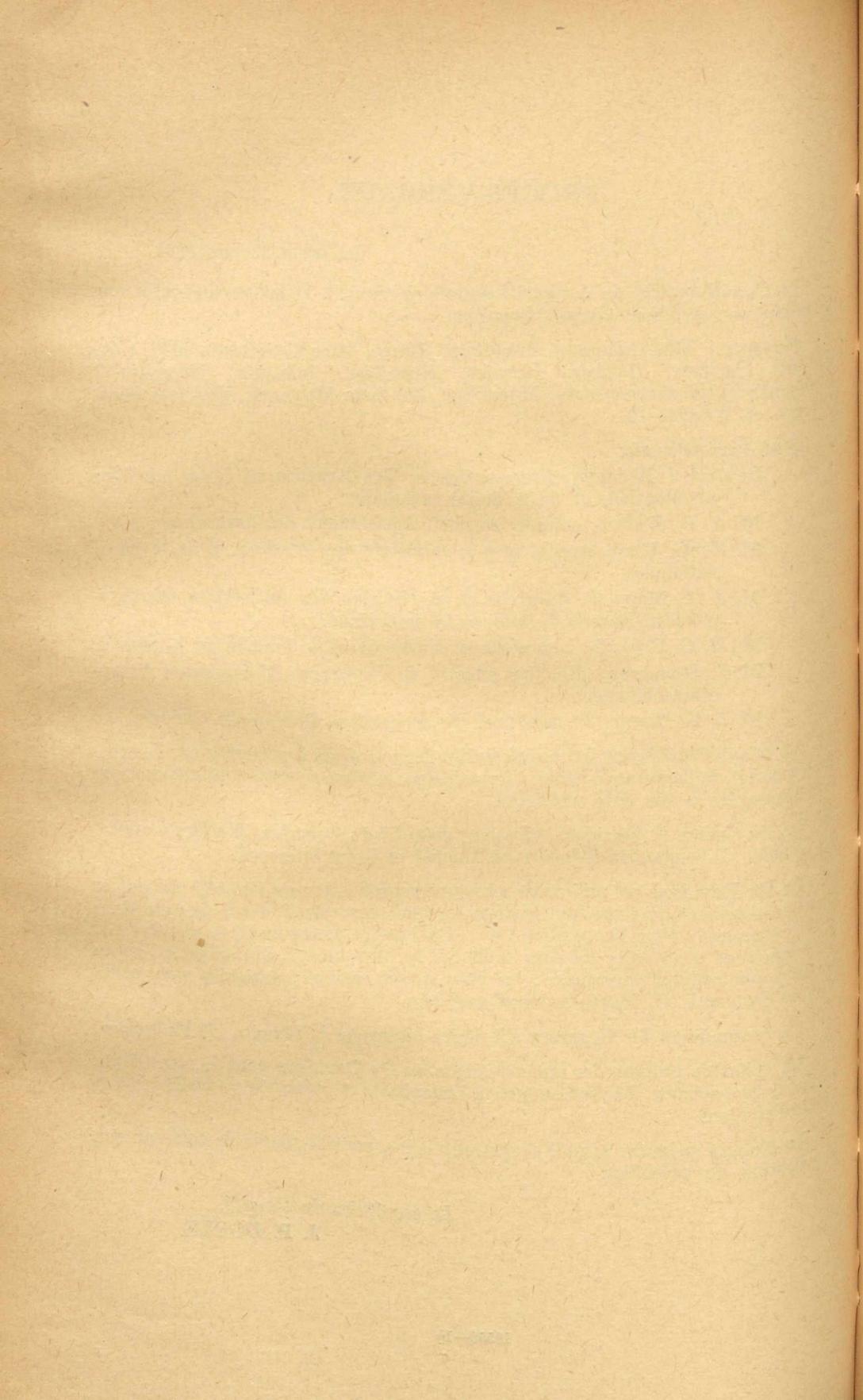
On demande au Dr Heagerty s'il désire interroger le témoin. Il l'interroge.

M. Johnston propose des remerciements au Dr Davidson pour le magnifique exposé qu'il a soumis. Motion adoptée à l'unanimité et présentée au Dr Davidson par le Président.

Le Comité s'ajourne à midi et quarante-cinq, pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,

J. P. DOYLE.



TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 22 juin 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'hon. Cyrus Macmillan.

Le PRÉSIDENT: Messieurs, nous entendrons ce matin le Dr Davidson du *Canadian Welfare Council*.

M. MAYBANK: Monsieur le président, avant d'entendre le témoin, puis-je faire observer que nous semblions devoir procéder différemment. Je croyais que vous ne vouliez entendre le Dr Davidson que plus tard. Je n'y vois pas d'objection.

Le PRÉSIDENT: Le Dr Davidson est avec nous et je pense qu'il vaut mieux l'entendre d'abord.

M. MAYBANK: Je tenais seulement à dire que je désire présenter deux motions au Comité. Je me demandais s'il était possible, comme on l'espère, que la présente séance sera la dernière du Comité.

Le PRÉSIDENT: Non.

M. MAYBANK: Je voulais simplement m'assurer que j'aurais l'occasion de présenter ces motions, et peut-être ferais-je bien d'en indiquer en quelques mots le contenu pour la gouverne des membres présents. J'ai soutenu sans fléchir que ce sont les provinces qui devraient statuer dans le cas des "irréguliers", si l'on me passe l'expression, et je pense que la chose doit être clairement définie dans la Loi.

Le PRÉSIDENT: Elle l'est n'est-ce pas?

M. MAYBANK: Pas à mon avis; du moins pas avec la précision qu'elle pourrait avoir.

L'autre motion spécifie que quiconque ne le désire pas n'est pas tenu de toucher les prestations servies par la Loi. Voilà en général la teneur des deux motions. Je tenais à m'assurer que j'aurais l'occasion de faire rendre au Comité une décision sur ces deux points.

Le PRÉSIDENT: Nous avons terminé toute l'étude du projet de loi, sauf celle de l'article 3; Il faudra donc revenir plus tard sur ce sujet.

M. MAYBANK: Justement, monsieur le président, je craignais un peu qu'il ne fût tenu pour un fait que nous avons terminé l'étude du bill.

Le PRÉSIDENT: Nous avons terminé l'étude du projet de loi tel qu'il a été présenté—de l'avant-projet de loi qui nous a été soumis—mais il nous reste à voir ce que nous ferons au sujet de l'article 3. Je présume qu'avant de rendre un dernier jugement sur le projet de loi—qu'avant présentation de notre rapport à la Chambre sur le projet de loi, nous sommes libres d'entendre n'importe quelle motion ou proposition.

M. MAYBANK: Il n'y a donc plus de place pour aucun doute, et je dirai respectueusement que, à mon sens, nous avons terminé l'étude des articles du projet de loi. Nous avons adopté l'article 4 sous réserve expresse d'y revenir. Vous vous rappellerez certainement les circonstances et conviendrez avec moi que la question dont je vous parle a été déférée au Comité consultatif. Jamais le Comité consultatif ne nous a fait parvenir là-dessus de rapport. Peu m'importe qu'un rapport nous soit ou non parvenu, parce que pour trancher le nœud de la difficulté j'ai ébauché moi-même quelques modifications à la Loi, et c'est sur

ces modifications que je vous demanderai de rendre une décision quand le moment sera venu. Si j'ose aborder ces matières, je tiens à dire à ma décharge que c'est parce que l'opinion semblait être que l'étude du projet de loi fût terminée, et j'affirme, monsieur, que nous n'avons pas terminé cette étude; que nous avons agi comme nous l'avons fait avec l'intention de revenir à l'article 4. Pourvu que ce point soit bien tiré au clair, peu m'importe le moment où l'on acquiescera à ma demande—j'attendrai le moment qui vous conviendra le mieux.

Le PRÉSIDENT: Nous pouvons remettre la chose à plus tard.

M. MAYBANK: Volontiers.

Le PRÉSIDENT: J'invite le docteur Davidson à prendre la parole.

Le Dr GEORGE F. DAVIDSON, directeur exécutif du *Canadian Welfare Council*, est appelé.

Le PRÉSIDENT: Procédez donc comme bon vous semble, docteur Davidson.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, messieurs les membres du Comité, puis-je expliquer brièvement d'abord les motifs de ma présence parmi vous aujourd'hui. Depuis quelque temps déjà, l'organisation que je représente, le *Canadian Welfare Council*, avait l'intention de solliciter l'honneur de comparaître devant le Comité de la sécurité sociale, lorsque le moment serait venu pour vous de discuter les plus grands et les plus importants problèmes de sécurité sociale, tels que ceux que renferme le rapport Marsh, et un comité de notre organisation, qui étudie présentement des propositions, est en voie de rédiger un mémoire que nous voulons présenter à votre Comité ultérieurement, quand vos délibérations sur les questions de sécurité sociale seront bien en cours. J'espère que l'on ne confondra pas ma présence ici aujourd'hui avec l'exposé officiel que se propose de vous faire notre Conseil à une date subséquente. Je comparais maintenant, non pas à la suite de notre propre requête, mais sur l'invitation de votre président, et l'on m'a demandé d'amorcer la discussion des services de bien-être provincial. De sorte qu'actuellement je vous parle donc plus ou moins de mon propre chef, sans avoir consulté au préalable notre Conseil, et je n'aimerais pas que la déclaration que je vais faire soit considérée comme tenant lieu du mémoire que mon organisation se propose de soumettre au Comité ultérieurement.

M. MAYBANK: Le Dr Davidson aurait-il l'obligeance de nous dire dès maintenant la composition du *Canadian Welfare Council*?

Le TÉMOIN: Je le ferai avec plaisir. Le *Canadian Welfare Council* est un organisme national dirigé par un conseil de gouverneurs privés. Il a été créé en 1920 sur la demande, je pense, du ministère fédéral de la Santé — en vue d'accomplir une œuvre d'enseignement et de réconfort dans plusieurs domaines de l'hygiène infantile, du bien-être infantile, et plus tard dans d'autres sphères du bien-être général. Notre organisme, que préside M. Philip Fisher, de Montréal, compte un bureau de quelque trente-six personnes, qui sont des citoyens de marque originaires des quatre coins du Canada. Nous avons un Comité consultatif régional composé d'hommes et de femmes venus d'un bout à l'autre du pays. Nos membres constituent en effet un groupe considérable et bien représentatif, tant de la population profane que des techniciens les plus en vue dans les différentes branches du bien-être et de l'hygiène infantiles, et le reste. Je regrette de n'avoir pas ici l'en-tête de notre papier de correspondance, qui contient une liste de Canadiens réputés; mais peut-être pourrai-je vous l'envoyer, afin que vous ayez une idée du genre d'organisme qu'est le *Canadian Welfare Council*.

M. MAYBANK: Ne serait-ce pas une excellente idée que de faire déposer cette liste?

Le PRÉSIDENT: Continuez, docteur.

Le TÉMOIN: Une fois établies ces préliminaires, j'en viens maintenant au sujet qui m'a été proposé pour mes remarques de ce matin. C'est, je crois, votre désir de savoir où en est présentement le développement des services de bien-

être social au Canada. En ce cas, je dirai quelques mots seulement de ce que comprend, d'après moi, le terme de services de bien-être social. Le champ d'action des services de bien-être social se distingue clairement de celui des services d'hygiène; j'exclurai donc en général de mes observations toute allusion à ce qui relève directement des programmes d'hygiène. On admettra, je pense, que, dans certaines régions, il est difficile de tirer précisément la ligne entre un service d'hygiène et un service de bien-être social, mais en somme la démarcation est assez nette et assez simple à comprendre. Je ne dirai donc que très peu de choses, ce matin des projets d'hygiène.

A mon sens, les services de bienfaisance se répartissent, d'une manière générale, en deux grandes catégories, et c'est de ces deux catégories que je vous entretiendrai ce matin. Viennent d'abord ce qu'on pourrait appeler *les services qui procurent l'assistance économique* — programmes variés de secours publics, aide aux sans-travail telle que nous l'avons connue dans le passé, charité publique pour venir en aide aux invalides, aide à la vieillesse sous forme d'une loi des pensions de vieillesse, assistance à différentes catégories de mamans en vertu de lois provinciales sur les allocations de maternité, assistance aux aveugles sous forme de dispositions concernant les aveugles dans la Loi des pensions de vieillesse. Tous ces genres de services de bienfaisance rentrent dans ce que j'ai appelé services destinés à procurer l'assistance économique, et je crois qu'il est clair que dans toutes ces catégories de secours, on présume que les problèmes que présentent l'individu ou la famille dans le besoin sont essentiellement des problèmes que l'on résout par le moyen de secours en argent ou d'assistance économique.

L'autre genre de problème diffère totalement du premier; on peut l'appeler d'une manière générale un problème social. Pour résoudre ces autres problèmes sociaux, nous avons d'autres genres de services sociaux, que nous appellerons pour le moment, faute d'un meilleur terme, *les services de traitement*. Je vous demande, ce matin, de bien vouloir tout rattacher à ces deux genres de services. Celui qui procure une assistance économique, en vertu duquel un secours en argent ou une autre forme de secours matériel résout le problème de la famille individuelle; et l'autre genre que j'ai désigné sous le nom de services de traitement, en vertu desquels un secours pécuniaire ou matériel, quelque important qu'il soit, ne résoudra jamais le problème qu'offre cet aspect du problème social. Je songe aux services que nous possédons actuellement sur le plan provincial et local: services de protection dans les différentes provinces ou régions, afin de protéger les enfants contre l'abandon et la cruauté. Ce problème dans son ensemble n'a rien à voir avec le problème que présente la famille dans le besoin, bien qu'il puisse y avoir également ici besoin économique. Voilà un service de traitement où aucune somme d'argent destinée à apporter des secours matériels ne fournira la solution du problème social en cause, et où un service social éclairé peut seul remédier à la situation. Il y a toute la question de la protection des enfants contre la cruauté et la négligence des parents, de la législation en ce qui concerne l'adoption, tout le travail à accomplir quant aux filles-mères, tout le problème de l'illégitimité. Tous ces genres de programmes rentrent nécessairement dans ce que nous appelons les services de traitement, qui se distinguent essentiellement des services destinés à procurer l'assistance financière.

Pour mieux illustrer encore le sujet, on peut énumérer: la délinquance juvénile, les cours juvéniles, la réforme juvénile sur un pied provincial et sur un pied local, l'activité relative au bien-être familial et aux relations domestiques, les services d'hygiène mentale, l'orientation de l'enfance, les cliniques psychiatriques—je pense que certains de ces services sont sur la frontière qui sépare ce que j'appelle les services de bienfaisance et des services purement hygiéniques parce qu'ils se rapportent aux problèmes de conduite sociale, de psychologie sociale—et enfin la criminalité adulte, les prisons, les pénitenciers, et le reste. Je pourrais vous citer une série d'exemples toujours à l'appui de

mes affirmations. Voilà le genre de programmes qui rentrent dans notre programme général de bienfaisance sociale, domaine qui diffère évidemment de celui dont j'ai parlé comme ayant trait aux pensions de vieillesse, aux allocations de maternité, et le reste. Cet autre genre a été défini "service de traitement", parce qu'une cure s'impose pour améliorer les conditions sociales—une cure que ne peuvent remplacer ni les secours matériels ni l'aide pécuniaire.

Une fois posée cette distinction entre les services de traitement et les services qui procurent l'assistance économique, je dois dire qu'il n'est pas toujours facile de distinguer clairement entre eux. Ces deux groupes ne s'excluent pas mutuellement; personnellement, je suis d'avis qu'en général, sur le plan des services de bien-être au Canada, nous avons cru trop volontiers jusqu'ici que dans le premier de ces deux groupes, tout ce qui s'imposait était une forme quelconque de secours matériel ou financier et que ce secours résoudrait tout le problème; ou dans l'autre groupe, qu'il suffisait d'une sorte de traitement ou de secours curatif, et que nous pouvions négliger le problème du secours économique.

D'après mon expérience dans les services provinciaux et en examinant l'activité d'autres gouvernements provinciaux, je puis dire que notre situation quant à l'administration des pensions de vieillesse d'un bout à l'autre du Canada pose ici un exemple significatif. Nous avons pris l'habitude de présumer que tout ce dont un vieillard a besoin pour alléger ou guérir sa misère c'est \$20, \$25 ou \$30 par mois, et qu'en fournissant à cette personne une simple allocation en argent, tous ses autres problèmes sont du coup résolus. Sauf le respect que je vous dois, j'affirme que tel n'est pas le cas. Il y a des services qui s'imposent à l'égard des vieillards, et je grouperais ces services dans la section curative des œuvres de bienfaisance: service de consultation et d'orientation, aide pour trouver un logement convenable et résoudre certains problèmes personnels; services médicaux dont les allocataires âgés ont besoin tout autant que d'une allocation quelconque en argent. Il y a, d'autre part, des services qui semblent n'avoir qu'un caractère de traitement, et où l'octroi d'une aide financière pourra faire partiellement l'affaire. Il n'est donc pas possible, même une fois posée la distinction que j'ai établie entre ces services, de présumer que dans tous les cas, l'un et l'autre s'excluent mutuellement.

Après vous avoir exposé d'une manière générale la nature des services dont je vais parler, puis-je vous rappeler—mais il est superflu de vous le rappeler—que ces services tombent presque entièrement sous la juridiction provinciale. En vertu de notre Acte de l'Amérique britannique du Nord, tout le domaine de la sécurité sociale, sauf certaines exceptions d'un ordre inférieur mais importantes, est laissé à l'initiative des provinces, et le rapport Rowell-Sirois a développé succinctement ce principe en déclarant que l'intervention fédérale en matière de sécurité sociale fait exception à la règle générale; c'est l'initiative provinciale qui doit agir, avec quelques exceptions mineures.

Quelques-unes de ces exceptions ont prévalu très longtemps: services provinciaux aux anciens combattants, aux Indiens, et œuvres spécialisées du même genre. Telle autre de nos œuvres de bienfaisance, celle de l'assurance-chômage, est passée de la juridiction provinciale à la juridiction fédérale, et cela assez récemment, comme vous le savez; mais à tout prendre, il reste vrai de dire que l'ensemble des services de bienfaisance, tant sous le rapport curatif—œuvres à l'égard des enfants, des délinquants, ou dans le domaine de l'hygiène mentale, et le reste—et les services qui procurent l'assistance économique—ces services continuent de relever presque entièrement de l'autorité provinciale. Cela signifie en fait que nous ne concevons pas encore d'œuvres de bienfaisance organisées à l'échelon national, mais que nous pouvons parler de neuf différents modèles d'organisation provinciale. Sauf une ou deux exceptions, il faut penser à ces neuf systèmes d'organisation plutôt qu'à un système uniforme pour tout le Canada. Bien rares sont les services auxquels les gens ont droit comme

citoyens du Canada, comme habitants de notre pays. Une mère dont l'époux décède dans certaines circonstances assujetties aux conditions de domicile, et le reste, peut être admise à toucher l'allocation des mères en Colombie-Britannique si elle est sujet britannique ou est née sujet britannique. Mais si elle se trouve sujet canadien non naturalisé, elle n'a pas droit de toucher l'allocation en Colombie-Britannique; elle a cependant le droit de la recevoir en Alberta; et ainsi de suite à travers le pays, car la législation varie continuellement, jusqu'à l'Île du Prince-Edouard où aucune mère n'est admissible en aucune circonstance à l'allocation des mères—parce que l'Île du Prince-Edouard est la seule province canadienne qui n'ait pas encore légiféré relativement aux allocations de maternité. On peut donc dire qu'il n'y a pas d'admissibilité en ce qui concerne la citoyenneté canadienne ou les mères canadiennes par rapport à ce genre de législation sociale—parce que la législation n'est pas uniforme au pays, et qu'elle n'existe pas en certaines régions du Canada; bien plus, ces genres d'assistance diffèrent grandement d'une province à l'autre, depuis une échelle de secours manifestement insuffisants dans telle province à des allocations plus généreuses ailleurs, et qui paraissent plus ou moins satisfaisantes. D'une région à l'autre, l'admissibilité à l'allocation aux mères requiert des titres différents. En d'autres termes, il n'y a donc rien qui puisse s'appeler service de bien-être au Canada, en ce qui a trait aux allocations des mères; et la même chose est vraie en général de toute la structure de nos œuvres de bienfaisance. Les citoyens pourront avoir droit à certains services de bienfaisance, à certain traitement dans le domaine du bien-être, à certain genre de secours financier, en leur qualité d'habitants de la Colombie-Britannique, ou de la Saskatchewan ou de la province de Québec, mais par contre les citoyens en général n'ont droit à aucun service social comme citoyens du Canada. Une chose qu'il faudra décider sans trop de retard, c'est de savoir si nous voulons que ces principes continuent de gouverner le développement de notre programme d'œuvres sociales; ou si nous allons essayer de faire de notre organisation de bienfaisance un service qui, au moins, s'applique davantage à l'ensemble du peuple canadien.

Le point auquel je passe maintenant, pour parler plus spécialement de nos œuvres de bien-être provincial, c'est celui du développement inégal qu'ont subi ces services de par leur nature même, sans tenir compte du fait que neuf systèmes de bien-être provincial plus ou moins opposés l'un à l'autre sont en vigueur dans leurs frontières respectives. A cause de cela, le progrès des œuvres de bienfaisance provinciale a été graduel et laborieux—très inégal sous le rapport des résultats et de la politique adoptée dans les différentes provinces; et cette constatation s'applique aux œuvres de secours économiques aussi bien qu'à celles que j'ai appelées services de traitement. On peut dire que c'est là le premier et principal caractère de nos présentes œuvres provinciales de bienfaisance. Je vous ai donné un exemple quant aux allocations des mères. Les allocations des mères ont évolué, ont fait des progrès dans les différentes provinces depuis la dernière guerre. La province du Manitoba a l'honneur d'avoir été la première province canadienne à inaugurer un régime d'allocations des mères, et elle l'a fait en 1917. Une à une, la plupart des autres provinces du Canada ont inauguré des programmes d'allocations des mères entre 1920 et 1930; la province de Québec et la province du Nouveau-Brunswick ont adopté des programmes d'allocations des mères après 1930; et aujourd'hui, toutes les provinces canadiennes sauf une ont une législation en ce domaine, bien que cette législation varie grandement de l'une à l'autre, cela va sans dire, à cause de sa nature, des échelles diverses d'assistance, du classement des personnes admissibles, et aussi des conditions d'admissibilité et de domicile. En d'autres termes, il est donc difficile d'être unanimes dans nos vues sur certains principes qui gouverneraient uniformément par tout le pays, les secours que, à titre de citoyens du Canada, nous voulons procurer aux mères dont le soutien a disparu.

La même évolution graduelle et laborieuse, la même inégalité qualitative et quantitative des services prévalent, je pense, dans toutes les provinces. Considérons nos services relatifs au bien-être de l'enfance—autre exemple à l'appui de ma thèse: voilà plus de cinquante ans, qu'une loi de protection de l'enfance a été adoptée dans la province d'Ontario, afin de nommer un surintendant provincial du bien-être de l'enfance, de créer des sociétés d'aide à l'enfance, d'établir une base d'après laquelle les parents qui négligent leurs enfants sont passibles en justice, et les enfants peuvent être soustraits et placés sous meilleure égide; cette loi ontarienne sur la protection de l'enfance a frayé la voie, pour ainsi dire, aux autres provinces qui ont toutes adopté une législation analogue. Voici en effet que, depuis un mois seulement, la neuvième province canadienne, la province de Québec, vient de prendre, pour la première fois dans son histoire, des mesures législatives pleines de sagesse quant à la protection de l'enfance. Longue fut l'élaboration de ce réseau de services à travers le pays, et plus lente encore s'effectuera l'élimination des inégalités qualitatives inévitables de service qui existent entre les différentes provinces. Et il serait étonnant que la loi de protection de l'enfance adoptée dans le Québec il y a moins d'un mois, et dont le mécanisme ne fonctionne encore qu'imparfaitement—il serait très étonnant que ce service atteigne, dans un an ou deux, le degré de perfectionnement qui caractérise les services analogues établis dans la province d'Ontario, qu'il l'atteigne même avant plusieurs années. L'inégalité en question est inévitable dans ce domaine. Elle marque, je le répète, tous les services de bien-être. Elle caractérisait même nos services de secours organisés dans les années de dépression. Et tous les membres présents conviendront, je pense, avec moi qu'elle existe jusque dans le système des secours de vieillesse, où les échelles d'assistance varient selon les différentes provinces; bien qu'une certaine uniformité ait été parachevée en ce domaine grâce à l'intervention fédérale. Même à l'heure actuelle, une certaine inégalité a surgi à la suite des récentes augmentations faites de manière à relâcher quelques-unes des dispositions de notre régime de pensions de vieillesse présentement en vigueur. L'allocation maxima dans le domaine des pensions de vieillesse s'élève maintenant à \$25 au lieu de \$20 par mois, d'après l'entente fédérale—mais certaines provinces sont allées encore au delà de ce chiffre et accordent, en plus du maximum, un \$5 additionnel par mois à titre d'indemnité provinciale de vie chère du temps de guerre. Trois provinces ont légiféré à cet effet. Une autre province paye \$3 d'allocation supplémentaire au delà du maximum de \$25; et cinq provinces s'en tiennent au maximum de \$25. Il se trouve donc qu'un certain degré d'uniformité a résulté de l'intervention fédérale, mais il existe encore des divergences, par exemple, entre ce qu'un vieillard, qui est citoyen du Canada, reçoit s'il a passé sa vie dans la province d'Alberta et ce qu'il reçoit s'il a vécu dans la province du Nouveau-Brunswick. Il paraît indéniable, d'après notre expérience dans le domaine des pensions de vieillesse et des services de secours organisés durant les années de dépression, que le Gouvernement fédéral peut faire beaucoup en intervenant dans ces programmes de bien-être afin d'y introduire un plus grand degré d'uniformité. Grâce à cette intervention dans le passé, un certain degré d'uniformité existe aujourd'hui, mais il laisse encore beaucoup à désirer, et une plus grande assistance reste recommandable. Je propose au Gouvernement fédéral d'intervenir dans ces plans d'assistance publique et de bien-être social qui seront organisés sur un pied provincial. Le programme des pensions de vieillesse et les services de secours sont la preuve de l'excellence de cette intervention; ils montrent que certaines des inconsistances et des inégalités qui existent peuvent disparaître grâce à l'intervention fédérale. Cet heureux résultat de l'intervention fédérale quant à l'uniformisation des services se démontre en outre par le fait que, d'autre part, lorsque les autorités fédérales se sont retirées de la scène en avril 1941, les inégalités de service ne tardèrent pas à reparaître, beaucoup plus menaçantes

encore qu'elles ne s'étaient avérées durant les années de dépression. De sorte qu'aujourd'hui certaines provinces n'ont absolument aucun service de secours provincial qui soit conforme à la moyenne établie.

Le deuxième caractère que je veux souligner quant aux services provinciaux — et ce n'est pas un reproche que j'adresse, ce faisant, aux services provinciaux, parce que j'ai été, moi-même, à l'emploi du Gouvernement provincial et je suis, en cette qualité, partiellement responsable de certains défauts ou faiblesses que l'on trouve dans nos services provinciaux — je dirais que le deuxième caractère des services provinciaux est d'avoir déployé jusqu'ici moins de prévoyance que de puissance rétrospective; d'avoir affronté les problèmes qui surgissaient en tant que problème d'urgence; et j'avance qu'il était assez naturel d'attendre que la nécessité s'en présentât. Ces services se sont appliqués à trouver des remèdes à guérir, au lieu de prévenir.

Quiconque possède de l'expérience dans le domaine de l'hygiène verra tout de suite le parallélisme qui existe entre l'évolution de nos services de santé et celui de nos services de bien-être. Nous nous sommes préoccupés de trouver des remèdes, plutôt que de parer aux maux. Nous prévoyions que l'assistance économique comprendrait des choses comme les secours publics, les allocations des mères, et les pensions de vieillesse. Jusqu'ici, nous n'avions aucune vue précise ou concentrée sur le problème des assurances sociales. En matière de santé, nous songions plutôt à fournir des soins de médecin et l'hospitalisation, et ce n'est que depuis récemment que nous pensions de plus en plus à parer à la maladie en instituant des programmes de prévention et d'hygiène publique. Même dans nos services de protection de l'enfance, services dont les provinces s'enorgueillissent volontiers, nous avons toujours appuyé beaucoup davantage sur les cas extrêmes, ceux où l'enfant a besoin d'être soustrait à un abandon et à des cruautés flagrantes, plutôt qu'à nous aventurer dans la prévention de cette négligence, par des interventions familiales de nature à empêcher la crise d'éclater. Autre exemple? Prenons nos maisons de santé, où se déboursent des millions de dollars en surveillance et en traitement, tandis que des milliers seulement de dollars vont au développement des services préventifs. Je ne vous parle pas ainsi pour jeter le blâme sur les provinces, mais simplement pour vous exposer ce qui, à mon sens, constitue les principaux caractères de nos présents services de bien-être provinciaux.

Je crois évident que les provinces, tant sous le rapport de l'assistance financière que celui des traitements, reconnaissent de mieux en mieux l'importance de la prévention et du côté préventif du bien-être infantile, ainsi que du côté préventif de la santé et des autres problèmes à l'étude, de sorte qu'elles parviendront peut-être, avec le temps, à réduire leurs déboursés en matière de remèdes et de services palliatifs. Et il ressort, je pense, de cela une vérité que je n'exprimerai qu'à titre d'opinion personnelle, savoir, que le gouvernement fédéral a donc aujourd'hui l'occasion de poser un geste constructeur, et d'encourager le développement des services préventifs qui, en matière de santé autant que de bien-être, auront plus tard pour résultat une réduction des frais publics que représentent le traitement et l'assistance fournis dans l'extrémité.

Le troisième caractère de nos services provinciaux, caractère qui résulte naturellement de l'évolution particulière de ces services, c'est le manque de cohésion entre les différents programmes lancés dans une même province. Exemple: plusieurs provinces canadiennes ont une série de services d'assistance publique qu'elles exploitent d'un bout à l'autre de la province. Il y a, entre autres, l'aide à la vieillesse. Il y a ensuite l'assistance-chômage et l'aide à l'indigence; il y a, troisièmement, le bien-être infantile; et, si l'on veut, les allocations des mères se rangent en quatrième lieu; enfin, quelques provinces ont actuellement à un haut degré une décentralisation des services qui résulte dans leur répartition entre deux, trois ou même quatre personnels distincts de campagne affectés, chacun, à un aspect spécial du programme de bien-être. En d'autres termes, s'agit-il d'un programme d'allocations des mères: un personnel est chargé d'inves-

tigations et de recherches pour vérifier les titres des allocataires et, à cette fin, les provinces créent un personnel d'enquêteurs sur les allocations des mères d'ordinaire, parce qu'il y a surtout des femmes en cause, ce sont des femmes qui sont nommées aux enquêtes, pour la raison qu'elles comprendront mieux les problèmes féminins que des hommes. Voici donc un personnel de visiteuses en matière d'allocations des mères qui se répand par toute la province. Il y a aussi la formation de la division des pensions de vieillesse et, pour un motif que je ne saisis pas encore, la plupart des provinces semblent croire que les problèmes de l'aide à la vieillesse se ramènent exclusivement à des problèmes financiers; elles se bornent à mesurer le besoin pécuniaire, en publiant toutes sortes de règles et de règlements fort compliqués qui convergent sur la question de l'admissibilité aux pensions de vieillesse; voici donc l'autorité provinciale qui raisonne que, en matière de pensions de vieillesse, il faut un personnel masculin, et un personnel d'enquêteurs masculins est constitué en conséquence.

A mesure que se développeront les services de bien-être infantile dans la province, vous pourrez constituer un personnel provincial spécial pour acquitter la tâche ainsi accrue. Par contre, en matière de chômage, vous êtes souvent obligé de constituer un personnel distinct pour faire tout le travail qui surgit dans la province. D'autre part, dans certaines provinces, on commence à constater que tous ces services de bien-être sont tellement reliés entre eux qu'ils représentent plusieurs aspects d'un même problème; et depuis quelques années, un effort direct s'effectue dans certaines provinces pour aborder le problème d'une manière générale et voir à ce que la question des services à domicile soit confiée à des personnes compétentes; voilà la clef de toute l'affaire, trouver un personnel compétent qui assume la charge de certain district de la province et réponde de tous les services de bien-être provincial dans le district relativement peu étendu qui lui échoit. Il faut donc en revenir à la cohésion de services de bien-être aussi variés.

Le quatrième caractère sur lequel je tiens à attirer particulièrement votre attention aujourd'hui, parce que j'y vois un problème sérieux dont la solution nous intéresse; le quatrième caractère de nos services provinciaux est celui-ci: parce que les services provinciaux sont à base du principe de la responsabilité locale, soit provinciale soit municipale, l'admissibilité aux services ou aux prestations se ramène également à une question d'admissibilité locale. La province est en effet d'avis que, d'après les dispositions de l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, nous avons le devoir d'assurer le bien-être de notre peuple; nous allons donc prendre beaucoup de soin à déterminer, dans notre propre langage, ce qu'il faut entendre par notre peuple; et, en cédant quelques-uns des domaines d'activité sociale aux municipalités, nous devons naturellement nous attendre que, à leur tour, les municipalités se montrent très sévères et très exigeantes quant à la question d'établir les listes de citoyens d'une municipalité qui sont admis à toucher l'aide en cause dans tout projet de bien-être social.

Résultat: en raison de ce principe de résidence et de responsabilité locales, nous avons élevé ce qui me semble une citadelle infrangible autour de nos localités et de nos provinces respectives, de sorte que chaque province et chaque localité cherchent à se protéger contre l'intrusion des personnes du dehors dans son territoire propre; et il ressort de ce fait que beaucoup de gens absolument dans le besoin se voient privés d'un secours indispensable parce qu'ils ne sont pas strictement domiciliés dans telle localité.

Jusqu'en 1936 ou 1937, dans la province que je connais le mieux, la Colombie-Britannique, nous n'avions pas moins de onze formes différentes de législation sociale, dont des dispositions spéciales déclaraient que seules les personnes pouvant invoquer tant d'années de domicile—trois ans, six ans, ou un an, ou une période quelconque—étaient admises à telles prestations de l'assistance sociale. Chaque groupe de règlements de domicile différait des autres. Il n'existait même pas de cohésion au sein de la province; pas plus qu'il n'existe

encore de cohésion entre les provinces du Canada, quant aux conditions de domicile requises pour établir l'admissibilité à l'assistance des autorités locales ou provinciales. Dans certaines municipalités de notre pays, vous pouvez perdre vos titres de citoyen en déménageant et en passant une nuit au dehors, et vous prendrez sept ans à rentrer dans vos droits. Ce problème des pertes de domicile offrait une sérieuse difficulté durant les années de dépression, mais présentera beaucoup plus de gravité encore dans l'après-guerre, si vous songez au nombre fabuleux—non pas des milliers ou des centaines de milliers, mais des millions—de ceux qui ont changé de domicile, au Canada, pendant la guerre. J'espère, comme vous espérez, qu'aucune de ces personnes n'aura besoin d'une forme quelconque d'assistance sociale à la fin de la guerre; mais j'ai bien peur qu'il n'y en ait. Les uns requerront l'hospitalisation et, d'après nos lois provinciales, même si vous pouvez payer vos frais d'hôpital, il y a aussi la question d'établir le lieu de domicile du client, afin de prélever certains droits individuels sur une municipalité locale; et d'autres services de bien-être évoluent également autour de la question de domicile.

Toute notre législation sociale converge actuellement sur le problème du domicile. Me sera-t-il permis de citer un paragraphe du livre de Karl de Schweinitz intitulé: "England's Road to Social Security", qui emprunte à une brochure écrite par un Anglais, William Hay, en 1751:

Il est certain que l'obligation où se trouve chaque paroisse de maintenir ses propres pauvres et, en conséquence, un intérêt de district est à la base de tous les maux qui se sont abattus sur les indigents; et qui s'abattront encore tant qu'on ne les aura pas extirpés. Chaque paroisse est à grands frais en guerre contre tout le reste de la nation: considère les pauvres de partout ailleurs comme des étrangers; et ne se soucie pas de leur sort pourvu qu'elle puisse les bannir de son propre territoire. On n'arrivera donc jamais à rien de bon tant que les intérêts et les établissements de paroisse n'auront pas été détruits; que les miséreux ne seront pas soustraits au joug des préposés à la charité publique et confiés à la surveillance de personnes plus sages et plus désintéressées; que ces personnes ne se mettront pas à constituer une caisse nationale, ou du moins provinciale, grâce aux dons reçus et à une part raisonnable de travail fournie par les indigents; la différence étant comblée par un impôt proportionnel.

Voilà une déclaration qui nous éclaire considérablement sur certaines conditions existant en Angleterre il y a deux siècles, parce qu'elle insiste sur le principe de la responsabilité locale limitée à un territoire restreint. Nous avons en général suivi cet exemple dans notre organisation canadienne, dans notre législation provinciale au Canada, et nous continuons de le suivre; tandis que bon nombre de provinces ont fait quelque effort, au point de vue législatif ou autre, pour instituer un certain degré d'uniformité, nous continuons à entraver très sérieusement nos divers rouages de législation sociale par des restrictions de domicile. Ces restrictions sont faciles à comprendre, parce que chaque province se sent tenue de se protéger contre l'invasion d'indigents qui viendraient du dehors. Je sais que telle fut en particulier notre inquiétude dans la Colombie-Britannique lorsque, au cours des années de dépression, il se produisit un déplacement transitoire des célibataires sans travail, et qu'il fallut prendre des mesures antisociales pour nous protéger dans le sens provincial, tandis que nous rendions, par le fait même, un mauvais service à l'ensemble de la population indigente du Canada.

Je recommande donc le plus instamment possible, comme l'un des principaux problèmes de l'heure en matière de services de bien-être, la solution de ce problème du domicile. Je ne sais pas si l'attention de votre Comité a déjà été appelée sérieusement sur la question. Je ne sais pas exactement quelle

pourrait être l'intervention de ce Comité ou du Gouvernement fédéral parce que, encore une fois, le problème relève de la juridiction provinciale; mais ce que je sais—et j'en suis convaincu—c'est que si nous continuons, dans l'après-guerre, à laisser en vigueur nos lois complexes de domicile du temps présent, nous nous susciterons de sérieuses difficultés, en refusant à des citoyens canadiens probes et respectables, qui auront été appelés au dehors de leur lieu originaire de domicile pour servir dans une usine de guerre ou sous les drapeaux—en leur permettant de retourner dans leur ville de domicile, pour leur refuser ensuite le droit à certaines prestations sociales parce qu'ils ne se trouvent pas à habiter telle municipalité ou à tomber sous telle juridiction provinciale.

Je veux souligner un dernier caractère qui est actuellement en voie de se préciser dans le domaine de nos services de bien-être social. J'ai éprouvé pour ma part un vif réconfort depuis un an et demi à constater ce qui semble un effort décisif des autorités provinciales en vue d'instituer des services rationnels et bien coordonnés de bienfaisance provinciale. Depuis leur fondation, les services de bien-être provincial ont toujours été traités comme des enfants d'adoption par certains Gouvernements provinciaux. Ils étaient rattachés soit au ministère de la Voirie, soit au ministère de la Santé, soit au ministère du Travail. On les racrochait quelque part. Ils pouvaient relever en partie de la division du Procureur général, en partie du ministère de l'Instruction publique. Les provinces ne montraient pas de consistance en ce domaine, elles ne semblaient pas admettre le fait que les services de bien-être sont assez importants pour justifier la création d'un ministère propre, ou d'un ministère dont le nom rende hommage à l'existence des problèmes et des services d'ordre social.

Je crois remarquable que depuis un an—et au fait depuis six mois—pas moins de trois des provinces canadiennes ont créé des ministères de bien-être social, et que pas moins de trois des provinces canadiennes ont institué depuis un an des enquêtes ou des études globales ayant pour objet tout le réseau des services de bienfaisance provinciale. Je dirai même que c'est la première fois que des Gouvernements provinciaux adoptent une vue d'ensemble sur tous leurs propres services de bien-être social—qu'ils reconnaissent l'existence et la cohésion des œuvres de bienfaisance. Voilà à mes yeux la preuve que les autorités provinciales méditent actuellement sur leurs propres programmes provinciaux, qu'elles font le ménage dans leur propre intérieur, qu'elles décernent aux services de bien-être des lettres d'honorabilité et de créance en leur accordant au moins une moitié de place au Cabinet; elles déblaient la voie afin de pouvoir, quand l'heure aura sonné, conférer avec les autorités fédérales et tirer nettement la ligne entre les devoirs respectifs qui incomberont au nouveau ministère fédéral et aux différents ministères provinciaux nouvellement créés. Si nous parvenons à répartir de façon aussi lucide les fonctions que devront se partager, dans le domaine du bien-être, l'autorité fédérale et l'autorité provinciale, et si nous réussissons à engager les autorités provinciales à centraliser leurs services de bienfaisance en un seul ministère, ou en un ministère conjoint avec les services de santé dont ils sont le plus proche parent, nous aurons atteint un état de choses où nous pourrions avoir une vue d'ensemble sur notre programme de bienfaisance sociale et le coordonner aux mains de personnels généraux de visiteurs à domicile comme le font déjà quelques provinces, en même temps que créer des personnels compétents dans ces provinces, ce qui représente les plus pénibles lacunes de l'heure. En outre, une fois opérées ces transformations—si nous pouvons résoudre le problème du domicile qui est une entrave aux rouages de nos services de bienfaisance,—nous serons alors capables de dire avec raison que, sur le pied coopératif, nous sommes vraiment en possession d'une organisation perfectionnée de services de bienfaisance au Canada, en vertu desquels chaque province profite non seulement de sa propre expérience mais aussi de celle des provinces adjacentes, et qui auront pour résultat un système plus efficace et plus complet de secours au service de toute la population indigente du Canada.

Je termine, monsieur le président, en disant que j'ai délibérément généralisé mes remarques, parce que je crois comprendre que je serai interrogé tout à l'heure, et que je voulais que la tribune fût large pour pouvoir supporter une grande discussion. Si je puis répondre aux questions, je serai heureux de le faire.

Le PRÉSIDENT: Docteur, pour compléter le compte rendu, aurez-vous l'obligeance d'envoyer la copie de votre en-tête?

Le TÉMOIN: Oui.

L'hon. M. MACKENZIE: Au courant comme vous l'êtes de la situation de chaque province du Canada en matière de législation sociale et de législation de bienfaisance, et connaissant le programme à l'étude au Parlement et dans ce Comité, quelles mesures selon vous s'imposent en vue de la cohésion et de l'ajustement des services nationaux de bien-être et des services de bienfaisance provinciale?

Le TÉMOIN: Avant votre arrivée, monsieur Mackenzie, j'ai bien affirmé au Comité que l'exposé que j'ai fait anticipait assez sur l'avenir. Notre *Canadian Welfare Council* a demandé la permission de déposer un mémoire. Et maintenant, puis-je rappeler aux membres présents que, il y a environ un an, notre bureau lança une petite brochure intitulée: "The Future Development of Canadian Social Services". Cette brochure fut adressée à tous les députés. Elle renfermait mes propres vues sur les remèdes à la situation canadienne. En parcourant vos dossiers, vous retrouverez certainement, ici même, la petite brochure en question. Je pense que l'opuscule contient quelques-uns des principaux faits quant à la centralisation nécessaire. J'ajoute que l'un des premiers pas à poser est celui que j'ai mentionné: instituer dans les provinces des contreparties du ministère fédéral de la santé et du bien-être dont la création est à l'étude, de sorte que nous aurons deux organismes qui gouverneront conjointement tout le domaine en cause, au lieu d'une variété de services partagés, comme à l'heure actuelle, entre un ministère provincial du travail, un ministère provincial de l'instruction publique ou un ministère provincial du procureur général.

Le PRÉSIDENT: Pourrions-nous avoir vos commentaires sur le progrès accompli au Canada en ces matières et le progrès accompli à l'étranger? Je présume que le régime idéal n'existe pas.

Le TÉMOIN: Non, à mon avis—et je n'exprime là que mon avis personnel,—avant la publication du rapport Beveridge et la publication subséquente du rapport Marsh, le Canada semblait, à cette époque, destiné à garder la queue du monde anglophone. Nous faisons notre part quant aux services de bien-être social. Je pense que la Nouvelle-Zélande nous devance. Tous ceux d'entre vous qui ont entendu l'exposé de M. Walter Nash au Comité...

Le PRÉSIDENT: Le Comité de la restauration.

Le TÉMOIN: ...oui, devant le Comité de la restauration, comprendront, je pense, où je veux en venir. Je crois que nous avons peu évolué dans l'organisation d'ensemble des services de bienfaisance, si l'on nous compare avec l'Angleterre, où le problème est réduit à une plus simple expression qu'ici, ce pays n'étant pas un Etat fédéral. Je crois que nous venons décidément après les Etats-Unis pour l'évolution de nos œuvres de bienfaisance, parce que les Etats-Unis ont fait de grands progrès dans les leurs depuis 1935, beaucoup plus que nous au Canada. Vous voyez alors le rang qu'occupe à peu près le Canada parmi les nations anglophones du monde. Je n'exprime là, je le répète, que mon opinion personnelle, et j'ai dit, dans des allocutions prononcées outre-frontières sur le sujet du bien-être au Canada, combien j'espérais que se réalise le programme fédéral à l'étude grâce auquel, tout en restant en arrière des autres nations à l'heure actuelle, nous nous trouverions à devancer l'Angleterre aussi bien que les Etats-Unis dans l'exécution de quelques projets d'œuvres sociales d'après-guerre. Si nous procédons selon les grandes lignes ébauchées actuellement, je pense que nous

parviendrons au moins à rétrécir le fossé qui nous sépare des Etats-Unis, de l'Angleterre et de la Nouvelle-Zélande; parce que, suivant toutes les prévisions de l'heure, il est peu probable que le rapport Beveridge soit mis promptement à exécution en Grande-Bretagne, ou que nos voisins du Sud donnent suite immédiatement au rapport du *National Resources Planning Board*. Un ou deux projets de loi ont passé au Congrès relativement à certains aspects du problème, et je crois savoir que ces bills n'iront sans doute pas loin et ne recevront pas du tout un accueil chaleureux. Si le Parlement voit d'un bon œil la réalisation du programme qui a été introduit, je pense que nous aurons commencé de rejoindre la procession des nations anglophones; mais je n'oserais affirmer que, même alors, nous aurons atteint l'état de développement qu'ont atteint la Grande-Bretagne, les Etats-Unis ou la Nouvelle-Zélande, parce que je pense que ces pays nous devancent considérablement déjà.

M. HOWDEN: Au cas où nous adopterions le programme présenté, croyez-vous que nous serions encore beaucoup en arrière dans le domaine des services de bienfaisance?

Le TÉMOIN: Je le crois. Les problèmes présentés...

Le PRÉSIDENT: Pourriez-vous récapituler?

Le TÉMOIN: Récapitulons le programme à l'étude actuellement. Vous étudiez actuellement peut-être—je parle en termes du Comité...

L'hon. M. MACKENZIE: De la Chambre aussi bien que du Comité.

Le TÉMOIN: Tout ce que vous étudiez présentement me paraît se ramener à l'assurance-santé, c'est entendu, aux allocations des enfants ou allocations familiales, c'est entendu, aux assurances de vieillesse, ce qui est moins certain, parce qu'à part une ou deux déclarations générales que j'ai lues dans le *Hansard*, vous ne semblez pas encore vous être attaqués de front à ce problème. Quatrièmement, et voici un fait très important et très significatif, il y a l'avis qui a été donné de la nomination ou de l'organisation d'un ministère fédéral de la santé et du Bien-être. Si l'on compare cet état de choses avec ce qui existe déjà en Grande-Bretagne—ou bien les projets que renferme le rapport Beveridge ou le rapport Marsh—il reste donc manifestement des lacunes considérables à combler dans le programme total. Nous n'avons ni l'assurance d'invalidité, ni les prestations en argent de l'assurance-maladie à l'étude actuellement, autant de failles dans l'organisation telle que je la conçois. Nous n'avons pas l'assurance de survie. Je pense que ces trois points entre autres figurent en toutes lettres dans le rapport Marsh et n'ont encore été directement examinés ni par le Comité, ni par la Chambre. Cependant, plusieurs de ces assurances existent déjà dans d'autres pays du monde, sous forme de mesures d'assurances sociales. Outre tout ce qui a été énuméré, nous avons à résoudre comme peuple, plutôt que comme Parlement fédéral, la question de combler les lacunes qui existent dans nos services de bien-être provincial. J'ai mentionné que ces services sont établis dans certaines provinces et ne le sont pas dans d'autres. Voilà un problème qui doit préoccuper, non pas peut-être l'Etat fédéral, mais le peuple canadien si l'on veut que se développe chez nous un programme satisfaisant d'œuvres sociales.

Enfin, et d'égale importance, à mon sens, il y a le problème de consolider et d'améliorer nos services de bienfaisance existants, pour qu'ils atteignent un degré de perfection que, selon mon humble avis, ils ne possèdent pas actuellement dans toutes les provinces. Je préfère ne pas me prononcer trop nettement là-dessus, parce que je trouve qu'il serait injuste de citer des noms de provinces, mais celles-ci savent d'après le commerce que nous avons eu avec elles que nous avons pu mesurer le degré d'excellence de leurs services; que certains programmes de bien-être provincial sont de haute qualité, et d'autres, non. Il y a donc le problème de niveler et de perfectionner les services dont le projet est écrit en toutes lettres sur le papier. Je pense qu'il nous reste beaucoup à faire, et qu'il faudra du temps à l'accomplissement de cette tâche.

Mme CASSELMAN: Puis-je poser la question que voici? Une des difficultés qui surgissent en ces matières législatives, c'est la question du personnel. Aurions-nous tout de suite ou sous peu le personnel d'expérience voulu?

Le TÉMOIN: La réponse est certainement négative. Il me répugne de mettre sous les yeux du Comité le tragique problème que présentent actuellement, au Canada, les ressources en main-d'œuvre sociale, mais voilà l'un des plus pénibles obstacles qui surgissent lorsque nous envisageons, comme maintenant ou comme le gouvernement envisage actuellement une vaste politique de développement social dont la réalisation ne peut être abandonnée aux mains de gens ordinaires et dépourvus de qualités ou d'expérience spéciales. Je sais que les emplois à créer devront être occupés par des personnes compétentes et expérimentées. J'ai parlé de services de traitement et j'y reviens. Voilà des services curatifs, tout comme ce mot implique traitements dans le vocabulaire médical, et il faut pouvoir compter sur un personnel compétent si nous voulons confier la solution de ces problèmes sociaux ou personnels d'ordre intime et délicat à ceux qui constituent la filière de notre gouvernement.

Je m'exprime d'autant plus librement là-dessus que je n'hésite pas à admettre que depuis un an et demi—notre conseil, de concert avec la *Canadian Association of Social Workers* et les *Canadian Schools of Social Work*—s'évertue à obtenir l'assistance fédérale pour le maintien de nos écoles d'œuvres sociales et l'exécution des programmes de recrutement et de formation; mais je ne vois pas que nous ayons fait beaucoup de progrès depuis le début. Je sais que voilà le principal problème qu'il faudra résoudre en mettant en chantier tout programme de bien-être social; et le succès ou la faillite de la législation à l'étude dépendra principalement de notre aptitude à reconnaître le besoin de personnels compétents pour mettre cette législation en vigueur.

M. Bruce:

D. Y a-t-il actuellement deux écoles de formation sociale?—R. Non, il y en a sept; il y en avait trois avant la guerre, mais quatre ont été établies depuis. Une à Halifax, une à l'Université Laval, une à l'Université de Montréal, une affiliée de loin à l'Université McGill—la *Montreal School of Social Work*—il y a ensuite la *Toronto School of Social Work*, ainsi qu'une à l'Université du Manitoba et une à l'Université de la Colombie-Britannique.

D. Par la *Toronto School of Social Work*, entendez-vous la faculté des Sciences sociales de l'Université de Toronto?—R. L'école s'appelle la *Toronto School of Social Work*.

D. C'est ce que je pensais.—R. Elle fait partie de l'Université de Toronto et reçoit un octroi de l'Université de Toronto.

D. Il en est de même dans les autres universités?—R. Dans la plupart des cas, mais non à la *Montreal School of Social Work*, dont l'affiliation à McGill est plutôt lâche, et qui est située sur les terrains de l'université; l'école des Provinces Maritimes diffère également.

M. Mayhew:

D. Que dire des autres écoles de science sociales; par exemple, de celle de Hamilton.—R. A ma connaissance, il n'y a pas d'école dans la ville de Hamilton.

D. Je croyais le contraire.—R. Non. L'école de Toronto est subventionnée par l'Université de Toronto et en fait partie. L'école de la Colombie-Britannique est subventionnée entièrement par l'Université de la Colombie-Britannique, mais depuis deux ans le Gouvernement provincial affecte une subvention spéciale, et bien distincte de celle de l'Université, à l'activité de ce service de formation sociale.

L'hon. M. Mackenzie:

D. Avez-vous parlé des prestations de funérailles et des allocations de maternité; quel rang occupent ces allocations, par exemple, sur la liste d'ensemble des projets?—R. Monsieur, il y a tant de choses plus importantes, que voilà pour quoi je n'ai rien dit de celle-là.

M. BRUCE: M'excuseriez-vous si je poursuivais un peu en ce sens la discussion?

L'hon. M. MACKENZIE: Je vous demande pardon; certainement.

M. Bruce:

D. M. Davidson pourrait-il nous donner une idée de la formation exigée des préposés au bien-être social?—R. Il y a deux échelles de formation, docteur. La première condition requise pour admission est le diplôme universitaire de bachelier, et après la graduation, vous verrez que nous distinguons entre notre cours de deux ans et notre cours d'un an. Le programme de l'Université de Toronto, par exemple, impose une période de formation postscolaire de deux ans aux gradués des Arts; mais il y est fait exception sur le plan inférieur; aux premiers de la classe de graduation en sciences sociales, l'Université offre un cours spécial qui leur permet de parachever leur formation dans un an. De même à l'école montréalaise de sciences sociales. Le cours là est de deux ans. Mais un programme accéléré du temps de guerre permet aux gradués de faire leur cours en seize mois. A l'Université de la Colombie-Britannique et à l'Université du Manitoba, un cours postscolaire d'un an, qui va de septembre à septembre et comprend une période de préparation pratique durant les mois d'été, permet aux élèves de faire leur apprentissage au sein des agences de bien-être où ces élèves seront plus tard employés. Voilà qui représente une pleine année sur le calendrier, et après ce temps l'élève obtient son diplôme. A l'Université de Montréal, à l'Université Laval et à la Maritime School of Social Work de Halifax, le cours préparatoire est de deux ans.

M. Gershaw:

D. Le Dr Davidson, en parlant des besoins infantiles, a énuméré les mesures préventives qui pourraient être prises; je me demande ce qu'il avait exactement en vue relativement à ces mesures préventives?—R. Voici, monsieur Gershaw; je songeais que nos lois canadiennes pour la protection de l'enfance prévoient la création d'un bureau provincial de bien-être infantile et l'établissement de sociétés locales d'aide à l'enfance. Dans certaines provinces, ces sociétés locales d'aide à l'enfance n'existent pas. Nos lois prévoient ensuite que certains agents accrédités peuvent appréhender un enfant et le citer devant un tribunal si le cas de cet enfant tombe dans l'une des catégories dont la volumineuse liste comprend le vagabondage en compagnie de personnes oisives et dissolues, le logement dans différentes conditions antisociales, la mendicité dans les rues, et le reste. Le catalogue des négligences d'ordre légal est pénible à lire, et en somme nos sociétés d'aide à l'enfance ont fait beaucoup, à mon sens, dans ce travail de protection, en appréhendant les enfants pour les citer devant le tribunal, en plaçant sous l'égide de la société quand leurs conditions au foyer sont dans un état auquel il est impossible de remédier; mais ce que plusieurs sociétés n'ont pas encore fait jusqu'ici, parce que les fonds ou le personnel leur manquait,—c'est qu'elles ont été incapables de prendre toutes les mesures préventives nécessaires. Nos sociétés d'aide à l'enfance les plus vastes et les mieux subventionnées sont en voie de créer ce qu'elles appellent la division des œuvres familiales de ces sociétés, et elles entrent ainsi en contact avec les familles où il y a menace de négligence et où se manifestent certains signes d'abandon du côté des parents. Plusieurs cas sont signalés à l'attention de la société par le préposé aux absences de l'école, l'instituteur, le médecin de l'école ou quelque autre agent local. La

société peut intervenir dans la famille avant que la situation soit désespérée, et à force de bonne volonté, empêcher que la cause ne soit introduite devant les tribunaux ou que le foyer ne soit complètement ruiné. Voilà ce à quoi je songeais dans le domaine de la prévention; et voilà aussi le point de départ de notre activité au service familial des sciences sociales.

M. JOHNSTON: Je me demande si M. Davidson pourrait amplifier un peu sa déclaration quant aux allocations en argent. J'ai compris qu'il était en faveur des allocations en argent par rapport. . .

Le TÉMOIN: Vous voulez parler des prestations en argent?

L'hon. M. MACKENZIE: Il veut parler des prestations de maladie.

L'hon. M. Mackenzie:

D. Vous aviez mentionné deux ou trois autres formes d'assurance sociale ou de sécurité sociale qui, d'après vous, monsieur Davidson, ne figuraient pas au programme présentement à l'étude; auriez-vous l'obligeance de dire au Comité votre opinion sur l'ordre d'importance que vous assigneriez à ces différents projets; si vous n'y voyez pas d'objections.—R. J'aimerais réfléchir d'abord. Je serai très heureux de l'écrire plus tard au Comité, mais je préfère ne rien déclarer à brûle-pourpoint.

D. Je pensais à un, deux, trois, quatre—l'ordre d'importance.—R. Oui, je comprends; mais j'ai besoin de réfléchir quelque temps, et je vous serais obligé de me donner le loisir de m'exprimer par écrit.

D. Nous aurions pourtant fort aimé avoir votre avis sur l'ordre d'importance.—R. Je vous comprends. Certaines personnes accordent beaucoup d'importance aux prestations de funérailles. Mais à mon sens, beaucoup d'autres allocations me paraissent primer celle-là.

D. Nous diriez-vous votre opinion là-dessus?—R. Par écrit, oui; je serai heureux de le faire.

Mme CASSELMAN: Ai-je bien compris que quelques provinces avaient organisé des divisions d'aide à l'enfance?

Le TÉMOIN: J'ai dit que depuis six mois trois provinces — et maintenant quatre provinces — avaient mis sur pied un ministère de bienfaisance publique.

Mme Casselman:

D. Auriez-vous l'obligeance d'énumérer ces provinces?—R. Il y a d'abord l'Alberta; puis, la Nouvelle-Ecosse — au fait, il y en a quatre — la Saskatchewan n'y figurant qu'à cause de l'expansion de son ministère du Travail, de la Reconstruction et du Bien-être social; et Québec peut être inclus naturellement, parce qu'autrefois Québec avait un ministère de la Santé et du Bien-être, et ce ministère, divisé maintenant comporte deux portefeuilles distincts, un pour la santé et un autre pour le bien-être. Voilà quatre de nos provinces qui ont reconnu l'importance du bien-être, et trois d'entre elles ne jugeaient pas jusqu'ici nos services dignes du portefeuille de ministre. Je puis ajouter que la province d'Ontario a depuis bon nombre d'années deux ministères distincts, un pour la santé, et l'autre pour le bien-être; et que le Manitoba possède depuis plus longtemps encore un ministère conjoint de la santé et du bien-être.

M. Bruce:

D. Puis-je interrompre ici; avez-vous dit qu'à l'heure actuelle ces ministères sont réunis en Ontario dans la santé et le bien-être?—R. Vraiment non, monsieur.

D. Ils relèvent d'un seul ministre.—R. Ils relèvent d'un seul ministre, mais ils constituent deux entités distinctes, et deux portefeuilles distincts. Cela varie d'une province à l'autre et je ne crois pas qu'il vaille de nous arrêter à la distinction; d'après le code qui gouverne la création des portefeuilles de

ministre dans la province d'Ontario, deux ministères distincts ont été prévus, et c'est par pure coïncidence que le docteur Vivian détient présentement l'un et l'autre. A diverses reprises, les deux portefeuilles ont été confiés au même ministre, et parfois à deux ministres distincts. De même dans les autres provinces. Au Manitoba, un seul ministre cumule les portefeuilles de la santé et du bien-être, et deux se partagent ces portefeuilles en Nouvelle-Ecosse—une modification du printemps au *Public Service Act* prévoyant même deux portefeuilles distincts, un pour le bien-être, l'autre pour la santé; cette loi prescrit également que ces deux portefeuilles doivent être cumulés par la même personne.

D. Par la même personne?—R. La même personne.

M. JOHNSTON: Et que dire de l'Alberta?

Le TÉMOIN: Si j'ai bonne mémoire, l'Alberta vient de créer au cours de la dernière session un ministère du Bien-être public; il n'est pas nécessaire, à ma connaissance, que ces deux portefeuilles soient détenus par le même ministre, bien que, dans la pratique, ce soit le docteur Cross qui les cumule actuellement.

M. BUCE: Il y a deux sous-ministres distincts?

Le TÉMOIN: Oui, deux sous-ministres distincts.

M. Côté:

D. Se fait-il quelque chose au Canada, ou dans l'une quelconque des provinces, pour la réintégration des prisonniers dans la vie civile par une formation spéciale ou un système spécial de placement?—R. Il se fait, je dirais, des efforts intermittents, monsieur Côté; en grande partie sous les auspices d'organismes de bienfaisance privée qui travaillent de concert avec le magistrat local ou avec les autorités de la prison provinciale locale et qui, lorsqu'on leur confie une personne qui a purgé sa sentence, aident cette personne à se rétablir dans la vie civile. Je me réfère de nouveau à la ville que je connais le mieux, Vancouver, où un organisme nommé la *John Howard Society* et subventionné par la Caisse de bienfaisance locale, emploie un personnel à service continu d'employés éminemment qualifiés...

L'hon. M. MACKENZIE: Ils accomplissent aussi une tâche admirable.

Le TÉMOIN: ...qui assistent aux séances de la cour de police et, par des visites aux prisons, s'abouchent avec ces prisonniers et leur aident à rentrer dans la vie civile. Pour revenir à la question des services provinciaux, je n'oserais affirmer catégoriquement que ce service n'existe nulle part sur un pied provincial, mais s'il existe, c'est à mon insu. Je pense que l'inauguration de ce genre de service provincial s'impose.

L'hon. M. Mackenzie:

D. D'après vous, cette activité devrait-elle être inaugurée comme faisant partie de notre programme d'œuvres sociales?—R. Très certainement. Je suis heureux que ce point ait été soulevé, parce que je suis convaincu que notre régime de prisons, de maisons de réforme et de pénitenciers fait partie d'un programme d'œuvres sociales, bien que nous ne l'ayons jamais considéré comme tel au Canada. Il y a certainement place pour ce service dans notre programme de bienfaisance, et il y a certainement place pour lui dans nos projets d'œuvres sociales, en ce qu'il vise au rétablissement des délinquents de manière qu'ils deviennent d'honnêtes citoyens après leur sortie de prison. A ce titre, un tel service devrait selon moi faire partie de notre activité en matière de bienfaisance sociale.

Le PRÉSIDENT: M. Johnston a posé sur les prestations en argent une question à laquelle il aimerait avoir une réponse.

Le TÉMOIN: Votre question faisait suite à ce que j'ai dit de l'assurance-santé?

M. JOHNSTON: Il s'agissait des prestations en argent.

Le TÉMOIN: Telle que je la comprends, la présente législation à l'étude en matière d'assurance-santé ne prévoit pas la remise, durant la maladie, de prestations en argent destinées à remplacer le salaire que l'ouvrier cesse de toucher pendant qu'il est malade. Il n'est question que de couvrir les soins médicaux.

L'hon. M. MACKENZIE: L'assurance-chômage ne suffirait-elle pas à cela dans une certaine mesure?

Le TÉMOIN: Elle n'y suffit pas du tout à l'heure actuelle; elle prescrit que l'assuré doit être sans emploi et apte au travail.

L'hon. M. MACKENZIE: Mais n'est-il pas vrai que les prestations de maladie tombent généralement sous le régime existant?

Le TÉMOIN: Elles le pourraient, sans doute, si l'assurance-chômage était modifiée en conséquence.

M. Wright:

D. Nous direz-vous votre opinion sur l'opportunité d'une division des ministères provinciaux; serait-il préférable de les intégrer en un seul ou de les séparer?—R. Voilà, monsieur, le point épineux. Sur le plan provincial, je dirais que si vous pouvez déterminer clairement quels services sont du domaine de la santé et quels services de celui du bien-être, il n'y a qu'à aller de l'avant; et incidemment, j'ai apporté avec moi aujourd'hui un rapport que je viens de compléter pour la province de la Nouvelle-Ecosse, pour le Gouvernement de la Nouvelle-Ecosse, et dans ce rapport, je soulève justement la présente question en disant—la chose s'applique, je pense, à la plupart des provinces—que si la séparation est possible, il faut la réaliser à tout prix et instituer deux ministères distincts, un pour la santé et un pour le bien-être, chacun relevant d'un ministre attiré. Mais, messieurs, je n'aimerais pas avoir la charge de tirer la ligne entre les services de santé et les services de bien-être. Il est très difficile de distinguer avec précision. Je suis convaincu que même le docteur Heagerty ici présent et moi-même, ou les médecins et moi-même, ou bien les techniciens de la médecine et moi-même, différencierions sur quelque point en ces matières de la santé et du bien-être. Considérons l'hygiène mentale qui, d'après la plupart des médecins, rentre nettement dans les services de santé. Je n'en suis pas si sûr. A ce propos, vous aurez intérêt à apprendre que la Fondation Rockefeller, qui a délégué des médecins pour faire enquête sur les services d'hygiène dans la province de la Nouvelle-Ecosse, voulait que les services d'hygiène mentale fussent envisagés comme relevant du bien-être, tandis qu'à titre d'auxiliaire social je suggérais qu'ils fussent confiés au ministère de la Santé. Voilà un véritable dilemme. Je propose de tourner ce dilemme par la conjonction des ministères avec deux sous-ministres, afin de pouvoir accorder l'attention professionnelle, compétente et spécialisée qui est nécessaire aux deux branches du problème. Le problème se réduit alors à une répartition des services entre les sous-ministres au lieu d'entre deux ministres, et en même temps l'entité du ministère reste intacte aux mains du ministre lui-même. La tendance presque inévitable disparaît alors de faire prospérer un ministère au détriment du second. Tout le monde admettra, je pense, que la répartition des responsabilités entre les ministères et les ministres crée des rivalités. Si votre ministre décide, par exemple, de faire passer provisoirement l'administration de tel service de la division de la santé à la division du bien-être dans son propre ministère, il prend lui-même la décision, tandis qu'en présence de deux ministères distincts et étanches, des difficultés pourraient surgir lorsqu'il s'agirait de faire céder telle prérogative par un ministre en faveur d'un autre. On est alors en présence d'intérêts rivaux.

D. Il s'agit moins d'intérêts rivaux que de se renvoyer la balle.—R. Je ne suis pas trop sûr. Le principal obstacle que j'ai trouvé là, monsieur Wright, était le refus d'un ministre du Cabinet d'abandonner à un autre ministre du

Cabinet une partie importante de son ministère, même si le nouveau venu appartenait à la même enseigne politique.

L'hon. M. MACKENZIE: Il y a beaucoup de vrai là dedans. A la suite de votre déclaration, vous plairait-il de commenter la proposition de créer deux services au sein du Gouvernement fédéral?

Le TÉMOIN: Je crois que la chose s'impose clairement aujourd'hui; encore une fois, je n'exprime là que ma propre opinion, mais je pense qu'il est à recommander d'inclure la santé aussi bien que le bien-être dans le titre officiel du ministère.

M. BRUCE: Vous avez en vue un ministre et deux sous-ministres.

Le TÉMOIN: Oui.

Le président:

D. Et actuellement, quel rapport existe entre votre organisation et les provinces; vous avez une division dans chaque province?—R. Non, nous sommes constitués en organisation mère; nous nous considérons comme des missionnaires, et nous allons partout pour conseiller quiconque a besoin de nos directives...

D. Vos avis sont-ils reçus avec bienveillance?—R. Les réactions varient beaucoup, monsieur.

M. BRUCE: Vos directives sont-elles gratuites?

Le TÉMOIN: Elles le sont en général, docteur Bruce, il n'y a pas de prix fixe attaché à nos directives, exception faite par exemple dans le cas de la Nouvelle-Ecosse, qui nous demanda de faire enquête et où nous avons fait enquête moyennant une rétribution convenue; nous entreprenons souvent des travaux du genre à prix fixe. Mais nous n'attachons pas d'étiquette pour la rétribution de nos services. Nous sommes subventionnés. Nous recevons du ministère des Pensions et de la Santé nationale une subvention de \$8,100. Certaines provinces nous affectent des crédits—Québec a posé un exemple remarquable en nous cédant des subsides de mille dollars. D'autres provinces sont moins généreuses. Ces fonds sont complétés par les caisses de bienfaisance locale et les dons individuels qui nous apportent l'aide financière; de plusieurs sources nous proviennent des secours analogues. Je dois ajouter, puisque ma présente déclaration sera déposée, que la *Canadian Life Assurance Officers Association* s'est montrée très prodigue dans le passé en comblant pour nous le déficit subi dans nos services d'hygiène maternelle et infantile.

M. MAYBANK: Serait-il utile que nous recommandions une subvention au Comité?

Le TÉMOIN: Je pourrais prendre à partie M. Mackenzie sur cette question, mais je ne veux pas le faire.

L'hon. M. MACKENZIE: Allez-y, j'ai l'habitude.

Le TÉMOIN: Monsieur Maybank, les subventions ne suffiraient jamais.

Mme CASSELMAN: Monsieur le président, je crois comprendre que les différents comités des œuvres de bienfaisance ne reçoivent pas de secours financiers du comité central, ils sont subventionnés par les caisses de bienfaisance locale.

Le TÉMOIN: Ils ne reçoivent pas de secours financiers de nous, et nous n'en recevons pas d'eux; sauf pour les souscriptions de sociétaires qu'ils jugent bon à l'occasion, de payer à notre organisation; mais nous travaillons en étroite collaboration, quoiqu'à titre purement bénévole, avec toutes les sociétés de bien-être local.

Le PRÉSIDENT: Vos relations avec les autorités provinciales sont-elles amicales?

Le TÉMOIN: Je dirais oui, en général.

Le PRÉSIDENT: Je prends note de la restriction. Alors, docteur Davidson, vous dites que les différentes agences de recherches ont chacune leur propre personnel. Vous voudriez qu'il y ait une agence principale?

Le TÉMOIN: Je n'ai pas exprimé ouvertement ce désir, monsieur le président; j'ai surtout constaté ce qui me paraissait être la tendance dans les provinces. Mais je n'ai pas caché que je suis de tout cœur pour ce projet.

Le PRÉSIDENT: Il y a tendance à la centralisation?

Le TÉMOIN: Tendance à généraliser, non pas à centraliser; à poster les préposés au bien-être en dehors, dans des centres stratégiques; on décentralise plutôt qu'on ne centralise. Voici quelqu'un d'éminemment qualifié pour assumer la charge de toutes sortes de cas, et là commence le programme de formation. Une personne est déléguée aux endroits convenables—Medicine-Hat ou quelque autre point dans telle ou telle province—pour voir aux besoins de la population de la région en pensions de vieillesse, pensions des aveugles, allocations des mères, et toute la série des services d'ordre social, au lieu d'avoir cinq inspecteurs dont les parcours se croisent constamment à travers les grands districts.

Le PRÉSIDENT: Il y aurait alors beaucoup de chevauchement?

Le TÉMOIN: Telle fut notre expérience en Colombie-Britannique durant mon emploi du Gouvernement de cette province. Mais l'inauguration d'un service généralisé de campagne en matière de bienfaisance est accomplie, et je préconise la même chose dans la province de la Nouvelle-Ecosse. Vous voyez combien le projet me tient au cœur.

M. WRIGHT: Vous croyez qu'il faut compter sur un personnel bien formé, et vous avez actuellement sept écoles de préparation prêtes à la tâche au Canada; quelles sont vos recommandations quant au recrutement de ce personnel additionnel de travailleurs expérimentés; comment procéderiez-vous pour les enrôler?

Le TÉMOIN: Nous avons déjà soumis aux autorités attitrées un mémoire à cet effet.

M. WRIGHT: Ce mémoire passera-t-il devant notre Comité?

Le TÉMOIN: Pour ma part, je serai heureux de le soumettre à quiconque s'intéresse à la matière et est disposé à agir en conséquence.

Mme CASSELMAN: Vous avez parlé d'une brochure que vous aviez adressée l'an dernier aux membres du Parlement. Au cas où quelques députés auraient négligé de classer cette brochure comme il le fallait ou l'auraient égarée, d'autres exemplaires sont-ils disponibles?

Le TÉMOIN: Nous en avons un nombre limité.

M. BRUCE: Avez-vous adressé à quelqu'un votre mémoire sur le personnel?

Le TÉMOIN: Nous l'avons soumis à deux autorités distinctes au service de l'Etat. Tel que nous le concevons, le problème prend la forme de deux séries de cours, l'un succinct, l'autre plus étendu, pour faire face aux besoins d'après-guerre. Nous avons présenté le mémoire au Service sélectif national et au ministère des Pensions et de la Santé nationale.

M. WRIGHT: Pourriez-vous récapituler ici les recommandations?

Le TÉMOIN: Nous recommandons d'une manière générale que des mesures semblables à celles qui ont été adoptées relativement à la profession d'infirmière, soient prises dans le domaine des œuvres sociales, et qu'une somme de \$110,000 ou \$120,000 soit affectée dès le début à la création de bourses destinées à un nombre accru d'étudiants. Nous sollicitons une diffusion de nos programmes scolaires au moyen d'une augmentation de personnel; toute l'organisation tient actuellement à un fil. Et aussi de constituer une caisse très modeste pour acquitter le coût de direction ou d'administration. Nous croyons aujourd'hui que nos sept écoles pourraient probablement doubler le nombre de leurs élèves si le recrutement s'accélérait et si les crédits voulus étaient assignés au personnel.

Elles pourraient probablement recevoir deux fois leur nombre actuel d'étudiants sans modifier leur installation.

Le PRÉSIDENT: Proposez-vous une subvention du Gouvernement fédéral à ces écoles?

Le TÉMOIN: Telle est notre proposition.

Le PRÉSIDENT: Par l'intermédiaire des provinces?

Le TÉMOIN: Par l'intermédiaire des provinces ou en vertu d'une entente analogue à celle qui a été conclue par rapport à la profession d'infirmière.

Le PRÉSIDENT: Une question a été posée par le ministre. Je suis certain que le Comité serait heureux d'entendre une déclaration sur les mesures dont une prompt adoption s'impose, et sur le mode d'adoption de ces mesures.

Le TÉMOIN: Puis-je dire que je n'aime pas à laisser sans réponse une question, mais encore une fois ma position ici est assez embarrassante, parce que nous avons actuellement un comité qui étudie le problème et que je n'aimerais pas empiéter sur les constatations de ce comité en donnant à titre personnel des vues qui pourraient être considérées comme exprimées à titre officiel, alors que notre comité ne présentera son mémoire que plus tard.

Le PRÉSIDENT: Consentiriez-vous à faire au Comité une déclaration officielle.

Le TÉMOIN: Je serais heureux de le faire, et je serais heureux aussi, comme je l'ai promis à M. Mackenzie, de soumettre mes vues par écrit. Vous aurez donc mon opinion personnelle, et l'opinion officielle viendra à une date ultérieure.

M. JOHNSTON: Je veux remercier le Dr Heagerty de nous avoir permis d'entendre aujourd'hui le Dr Davidson, et je remercie en outre le Dr Davidson du magnifique exposé qu'il a soumis au Comité. Je pense que cet exposé est l'un des meilleurs qui nous aient été présentés. Je suis sûr que le Comité profitera grandement du mémoire du Dr Davidson.

M. BRUCE: Je tiens à appuyer cette proposition.

Le PRÉSIDENT: J'allais demander au Dr Heagerty s'il avait des questions à poser au Dr Davidson à titre de confrère.

Le Dr HEAGERTY: Le seul point qui m'intéresse est celui de la conjonction des services de santé avec les services de bien-être. Je suis d'avis que les deux devraient être fusionnés parce qu'ils offrent entre eux des rapports si étroits. Je ne vois pas d'objection à doubler les portefeuilles, mais aussi il serait peut-être préférable de n'avoir qu'un ministre et deux sous-ministres. Je m'en remets là-dessus à votre décision, à cause de votre expérience dans le domaine du bien-être, mais il n'y a pas de doute que les rapports de l'un à l'autre service sont très étroits et qu'ils ne devraient pas être séparés.

Le TÉMOIN: Deux motifs seulement militent, d'après moi, en faveur de la séparation: en premier lieu, je pense que deux ministres du Cabinet qui lutteraient dans le Cabinet pour obtenir des améliorations en matière de bien-être et de santé devraient avoir plus de poids qu'un seul, quelques qualités qu'un seul ministre puisse posséder; en second lieu— et j'espère que le personnel de la santé ne m'en voudra pas d'exprimer cette opinion—j'ai depuis trop longtemps, comme la plupart des ouvriers en sciences sociales, l'impression que les services de bien-être sont contraints de céder le pas à quelque autre ministère. Il semble inévitable et compréhensible que, au sein d'un seul ministère de la santé et du bien-être, avec un seul sous-ministre dans un seul ministère, le sous-ministre doive être un médecin, un membre du personnel de la santé publique, plutôt qu'un membre du personnel du bien-être; et voilà pourquoi je préconise la création d'un seul ministère de la santé et du bien-être, avec deux sous-ministres chargés de coordonner l'activité sur le plan ministériel. C'est pour ces deux motifs que j'ai adopté l'attitude que j'ai dite. Je pense que la marge est faible.

Mme CASSELMAN: Est-ce le Dr Davidson qui doit présenter l'autre rapport au Comité?

Le TÉMOIN: Je ne puis répondre à cette question. Peut-être sera-ce moi, ou peut-être le président du Comité.

Le PRÉSIDENT: Pouvez-vous nous dire quand le rapport sera prêt?

Le TÉMOIN: Non. Nous attendions, et au fait avec beaucoup d'intérêt, que le Comité termine la discussion de la partie du programme qui porte exclusivement sur la santé, et nous présumions que vous étudieriez assez longuement les propositions générales de sécurité sociale que renferme le rapport Marsh. Je ne sais si tel sera le cas ou non.

Le PRÉSIDENT: Nous ne passerons pas beaucoup de temps à cette étude, mais j'espère que nous la ferons à fond.

Et maintenant, docteur Davidson, vous avez entendu les félicitations du Comité. Je tiens à y joindre les miennes; merci infiniment.

Quelques hon. DÉPUTÉS: Bravo! bravo!

Le Comité s'ajourne à midi quarante-cinq pour se réunir de nouveau sur convocation du Président.

APPENDICE "A"

THE CANADIAN WELFARE COUNCIL

Sous le patronage distingué de

Son Excellence le Gouverneur général du Canada et Son Altesse royale la princesse Alice, le très honorable W. L. Mackenzie King, C.P., C.M.G., premier ministre du Canada, M. Gordon Graydon, chef de l'opposition.

BUREAU DES GOUVERNEURS, 1943-1944

Représentant les membres et donateurs

Mme C. H. A. Armstrong, Toronto; M. Philip S. Fisher, Montréal; M. John T. Hackett, C.R., Montréal; Mme H. F. H. Hertzberg, Kingston; M. F. Lennard, Dundas; le docteur S. G. McCaughey, Ottawa; Mlle Carol McInnes, Halifax; Mme Henry Munderloh, Montréal, M. W. A. Murphy, Winnipeg, le révérend J. R. Mutchmor, D.D., Toronto; M. I. Perley-Robertson, Ottawa; M. B. Sadowski, Toronto; Mme Charles Thorburn, O.B.E., Ottawa; l'honorable sénatrice Cairine Wilson, Ottawa; M. Kenneth Wilson, Ottawa.

Représentant les services techniques

Hygiène maternelle et infantile

Président honoraire, le Dr J. Fenton Argue, Ottawa; président, le Dr Jean Grégoire, Québec; vice-président, le Dr R. S. Peat, Kingston.

Soin et protection de l'enfance
Président honoraire, le Dr Robert Wallace, Kingston, président, M. R. E. Mills, Toronto; vice-présidente, Mlle Laura Holland, C.B.E., Victoria.

Bien-être familial
Président honoraire, M. G. B. Clarke, Montréal; présidente, Mlle Dorothy King, Montréal; vice-présidente, Mlle Mary McPhedran, Vancouver.

Œuvres de bienfaisance
Présidente honoraire, Mme Kaspar Fraser, Toronto; président, M. C. H. Young, Montréal.

Services récréatifs
Présidente honoraire, Mme G. Cameron Parker, Toronto; président, M. H. C. Cross, Montréal; vice-président, M. E. A. Corbett, Toronto.

Aide aux délinquants
Président honoraire, M. Harry Atkinson, Carman, Manitoba; président, le Dr Kenneth Rogers, Toronto; vice-présidente, Mme W. E. West, Ottawa.

Conseil de bien-être public
Président honoraire, M. A. W. Laver, Toronto; président, le Dr S. K. Jaffary, Toronto; vice-président, le maire J. E. Stanley Lewis, Ottawa.

Œuvres de langue française
Président honoraire, M. Edouard Montpetit, Montréal; présidente, Mme Pierre Casgrain, Montréal; vice-président, M. Gaston Pratte, Québec.

Caisses de bienfaisance
Président honoraire, M. J. M. Macdonnell, Toronto; président, M. Irving P. Rexford, Montréal.

Exécutif 1943-1944

Président honoraire

M. F. N. Stapleford, Toronto.

Président

M. Philip S. Fisher, Montréal.

Vice-présidents

Mme Henry Munderloh, Montréal; M. R. E. Mills, Toronto.

Trésorier honoraire

M. I. Perley-Robertson, Ottawa.

Membres

Mme Pierre Casgrain, Montréal; Mlle Dorothy King, Montréal; M. Kenneth Wilson, Ottawa; le Dr S. G. McCaughey, Ottawa; Mme Charles Thorburn, O.B.E., Ottawa.

Conseil honoraire

M. W. L. Scott, C.R., Ottawa; l'honorable J. D. Hyndman, Ottawa; le Dr Charles Morse, C.R., Ottawa; M. C.-A. Séguin, C.R., Ottawa; M. le juge P.-A. Choquette, Québec; M. C. V. McArthur, C.R., B.A., LL.B., Winnipeg.

Vice-présidents honoraires

M. W. H. Lovering, Hamilton, Ontario; Mme R. F. McWilliams, Winnipeg, Manitoba.

Présidente du Conseil d'administration

Mme Charles Thorburn, O.B.E., Ottawa.

Président du Comité des finances

Le Dr S. G. McCaughey, Ottawa.

Personnel exécutif

Directeur exécutif

George F. Davidson, M.A., D.Ph.

Directrice exécutive adjointe

Mlle Nora Lea.

Sous-directeurs exécutifs

Mlle Eurith Goold, Mlle Marie Hamel, M.A., M. Joseph E. Laycock, M.A. (absent).

Adjointe à l'administration

Mlle Enid Wyness, B.A. (absente).

Trésorier exécutif

M. Alastair S. MacTavish.

Conseillers honoraires—Hygiène maternelle et infantile

Obstétrique, John F. Puddicombe, M.D.; pédiatrie, Lloy P. MacHaffie, M.D.

Comité consultatif régional

Côte du Pacifique

M. F. E. Windslow, Victoria; M. C. J. McNeely, Vancouver.

Province des Prairies

Mme John Gillespie, Edmonton; M. H. E. Howard, Calgary; M. Maurice Brown, Calgary; M. D. J. Thom, C.R., Regina.

Ontario

M. W. F. Reynolds, Brockville; le colonel R. F. Inch, Hamilton; l'honorable juge Robert Taschereau, Ottawa; M. John B. Laidlaw, Toronto; M. Claude E. Lewis, Toronto; M. A. J. Milner, Toronto; M. J. G. McDermid, London; M. Lawrence Freiman, Ottawa; Mlle Elsie Lawson, M.B.E., Ottawa.

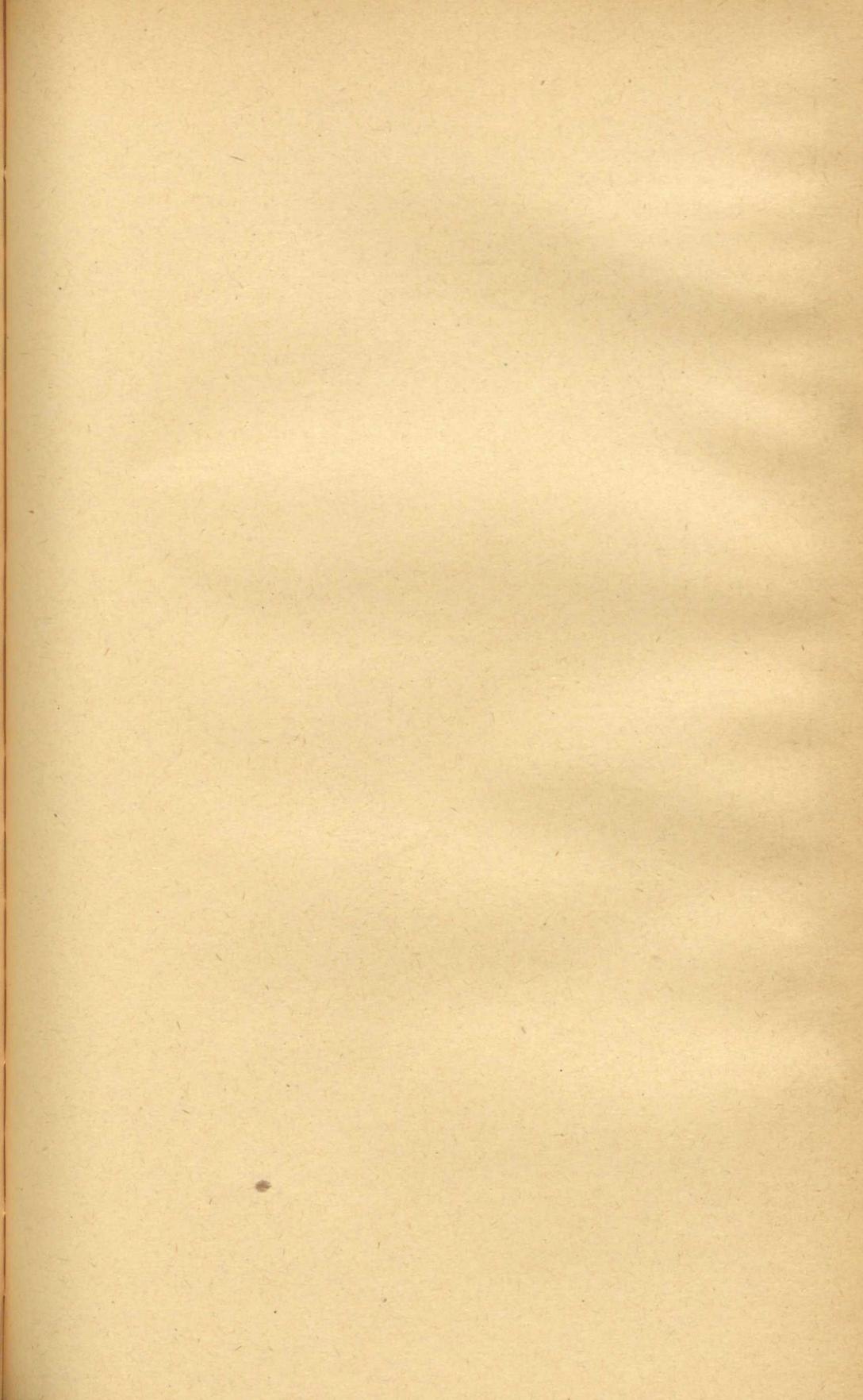
Québec

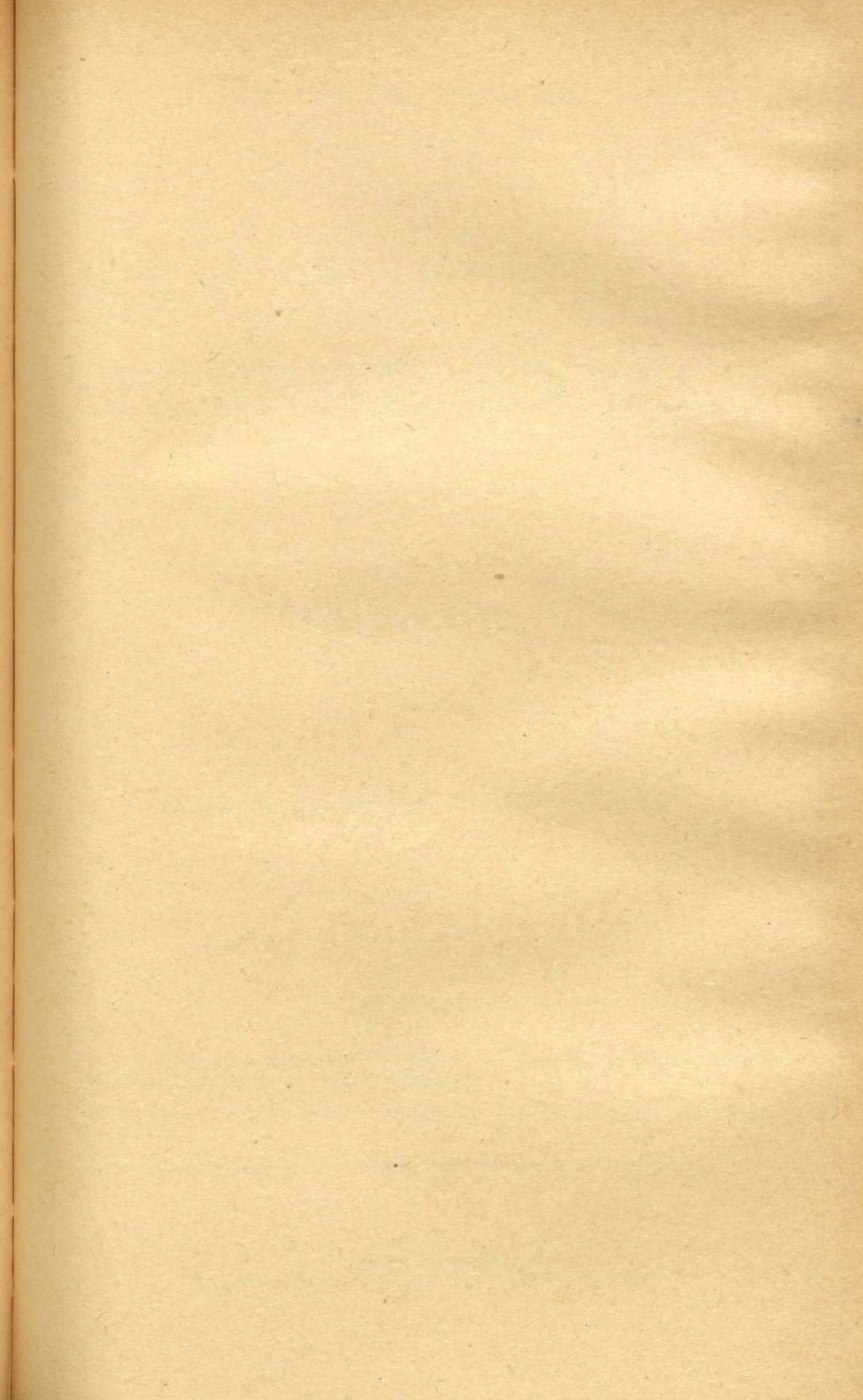
M. Samuel Bronfman, Montréal; M. Jack Pembroke, Montréal; l'honorable Louis Saint-Laurent, C.R., Québec; l'honorable sénateur C. B. Howard, Sherbrooke; Mlle Willa Black, Montréal; M. Paul Goulet, Montréal; M. André Taschereau, Québec.

Provinces Maritimes

Mme Hugh MacKay, Rothesay, N.-B.; M. J. D. McKenna, Saint-Jean; M. J. W. Godfrey, Halifax; M. Harry C. Murphy, Halifax; M. Reginald V. Harris, C.R., Halifax; M. David Reevey, Saint-Jean, N.-B.

Organe officiel: le "CANADIAN WELFARE".





SESSION DE 1944
CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL
DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE

Fascicule n° 11

SÉANCE DU MARDI 4 JUILLET 1944

TÉMOINS:

- Le Dr J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère
des Pensions et de la Santé nationale;
- M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé
nationale;
- M. A. D. Watson, actuaire en chef, département de l'Assurance.

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 4 juillet 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: M. Bruce, Mme Casselman, MM. Cleaver, Côté, Gershaw, Hatfield, Howden, Hurtubise, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, McIvor, Maybank, Nicholson, Picard, Shaw, Wright—19.

Sont aussi présents:

Le docteur J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. A. D. Watson, actuaire en chef, département de l'Assurance;

M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. J. T. Marshall, directeur, Division des statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique;

M. H. C. Hogarth, inspecteur en chef adjoint de l'Impôt sur le revenu;

M. J. C. Brady, directeur, Division de la statistique des institutions, Bureau fédéral de la statistique;

M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;

M. E. Stangroom, directeur en chef de l'assurance, Commission d'assurance-chômage.

Sur la proposition de l'honorable M. Bruce, il est ordonné d'imprimer dans les témoignages deux exposés et une brochure du docteur George F. Davidson, directeur du conseil exécutif, *Canadian Welfare Council*, en réponse aux questions posées par l'honorable Cyrus Macmillan et l'honorable Ian Mackenzie au cours de la séance du 22 juin dernier. (Voir appendices "A", "B" et "C".)

L'article 3 et la Première Annexe de l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé sont étudiés. Il est convenu d'omettre les montants spécifiques de la Première Annexe.

Le Dr Heagerty est appelé. Il suggère que le plan alternatif proposé par les ministres et sous-ministres provinciaux de la Santé au cours de leur conférence à Ottawa les 10, 11 et 12 mai, soit soumis à la Conférence fédérale-provinciale, avec l'article 3 et la Première Annexe du bill sur l'assurance-santé. La proposition est adoptée.

Il est convenu de remettre jusqu'après la Conférence fédérale-provinciale l'étude plus approfondie de l'article 3 et de la Première Annexe du bill sur l'assurance-santé.

M. Maybank déclare qu'il croit comprendre que l'article 4 du bill sur l'assurance-santé serait laissé en suspens pour permettre d'y apporter des amendements et qu'il en a deux à proposer. Le président fait remarquer que l'article 4 a été adopté mais permet à M. Maybank de présenter sa motion.

M. Maybank propose: "Qu'aucune personne ne soit, en vertu de la mesure de santé qui pourra être établie par suite de l'adoption de la Loi, ou en partie par suite de cette adoption, requise ou obligée d'accepter l'un quelconque des

avantages de cette mesure, et qu'aucune personne ne soit requise par suite de cette mesure à subir quelque soin ou traitement physique, médical ou chirurgical, si cela est contraire à ses opinions religieuses ou si elle refuse de s'y soumettre pour toute autre raison."

M. Cleaver propose l'addition suivante qui est acceptée par M. Maybank comme faisant partie de sa proposition:

Mais cette exemption ne sera pas considérée comme un relâchement des règlements obligatoires prescrivant le contrôle des maladies contagieuses par l'isolement ou d'autres moyens.

M. Gunn est appelé et, à la requête du Comité, soumet une motion qu'il a préparée depuis quelque temps à la demande de M. Slaght relativement à l'article 4 du bill sur l'assurance-santé. Cette motion est ainsi conçue:

Il est proposé de modifier l'article 4 par l'addition du paragraphe suivant qui portera le numéro (2) et de donner au paragraphe (2) actuel le numéro (3).

(2) Il est déclaré par les présentes que, sous réserve des dispositions du paragraphe précédent, aucune partie de la présente Loi ne sera considérée comme limitant l'exercice par une province de son droit de définir, accroître ou restreindre les droits ou obligations de toute personne ou groupes ou catégories de personnes relativement aux prestations ou services disponibles sous le régime d'une mesure d'assurance-santé, ou d'employer et rétribuer les services de toute personne (ou association de personnes) quand les services de ces personnes sont considérés par la province utiles à la mise en vigueur d'une telle mesure.

M. Maybank déclare que la motion de M. Gunn contient les deux motions qu'il désirait présenter et qu'avec l'assentiment du Comité il est prêt à retirer sa motion et y substituer celle de M. Gunn.

M. Watson est appelé et interrogé.

Après discussion, le président propose que la motion de M. Gunn soit soumise à un sous-comité, nommé par le président immédiatement, pour être étudiée et soumise au ministère de la Justice; et que le sous-comité fasse rapport au Comité à la prochaine séance. M. Nicholson soumet cette suggestion du président sous forme de motion qui est adoptée sur division.

Conformément à la motion de M. Nicholson, le président désigne les membres suivants comme membres du sous-comité: MM. Macmillan, Maybank, Bruce, McCann, Nicholson et Shaw. Il nomme également le Dr Heagerty et M. Gunn à titre consultatif.

Les témoins se retirent et le Comité s'ajourne à midi et 45 pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

APPENDICE "A"

EXPOSÉ N° 1

EN RÉPONSE À LA QUESTION DE M. MACMILLAN SUR LES POINTS ESSENTIELS D'UN PROGRAMME GÉNÉRAL ET BIEN ÉQUILIBRÉ DE SÉCURITÉ SOCIALE OU DE BIEN-ÊTRE PUBLIC

(1) *Programme d'embauchage général.*—C'est-à-dire maintenir le plus haut degré possible d'embauchage par la stimulation et l'encouragement de l'embauchage privé, appuyé dans toute la mesure nécessaire par un programme d'embauchage public. C'est le seul moyen de permettre à la population toute entière de continuer à gagner de l'argent et de maintenir le revenu national à un niveau capable de financer un programme général et complet de sécurité sociale au moyen d'impôts supportables.

(2) *Législation fixant des salaires minimums en rapport avec un niveau de vie convenable.*—Le travail pour tous à lui seul ne peut pas garantir la sécurité économique pour tous les travailleurs du pays à moins d'être accompagné de minimums de salaires permettant à tous les salariés de vivre convenablement.

(3) *Allocations familiales.*—Même avec des taux raisonnables de salaires minimums et un programme d'embauchage général, les allocations familiales seront nécessaires pour compenser les différences entre le salaire de l'ouvrier et le nombre de ses charges de famille. Les taux de salaires ne peuvent guère avoir la flexibilité nécessaire pour se plier aux besoins de chaque famille grande ou petite.

(4) *Assurances sociales.*—Même avec un programme d'embauchage général, basé sur des taux de salaires convenables, certains individus éprouveront des hauts et des bas par suite de bouleversements économiques temporaires, maladies, vieillesse ou incapacité, ou même décès, et il est nécessaire d'établir un système complet d'assurance sociale pour fournir à la moyenne de la population une certaine mesure de sécurité économique dans ces cas. Autant que possible la protection devrait être fournie d'après le principe de l'assurance—c'est-à-dire sur une base contributoire.

Les divers genres d'assurance devraient être les suivants:

Assurance contre le chômage, contre les accidents industriels (accidents du travail), contre la maladie (paiement des frais de maladie et remboursement du salaire perdu pendant la durée de la maladie), pour la vieillesse et la retraite, contre les cas de longue incapacité, et finalement pour la famille en cas de mort du gagne-pain.

(5) *Mesures de secours social.*—Même avec un système complet d'assurances sociales, il sera nécessaire de faire provision pour ceux qui n'ont jamais pris d'assurances (parce qu'ils n'ont jamais travaillé et n'ont pas payé les primes) et pour ceux qui ont besoin de secours plus longtemps que ne leur en accordent les programmes d'assurances. Ces programmes d'assurances sociales, qui sont tous financés au moyen d'impôts et non pas basés sur le principe contributoire, comprennent:

Pensions de vieillesse (non contributoire), pensions pour les aveugles, allocations pour les mères, secours à ceux qui ne peuvent pas travailler, programmes de travaux de secours pour les sans-travail assurés, soins médicaux pour les

nécessiteux (à moins qu'ils ne fassent partie d'un programme d'assurance-santé), maisons d'adoption pour les enfants à charge, secours spéciaux pour les nécessiteux de passage, et enfin et surtout un bon programme de secours agricole.

(6) *Services sociaux spécialisés (santé et bien-être)*.—Il existe une différence entre la sécurité économique et la sécurité sociale. Les services compris dans ce groupe sont destinés à s'occuper des problèmes de nature sociale qu'il est impossible d'éliminer entièrement, quoique probablement en partie, par la solution des problèmes de sécurité économique. Ce domaine comprend une grande variété de programmes d'hygiène publique, ainsi que nos programmes relatifs au soin et à la protection de l'enfance, le contrôle des jeunes délinquants, les secours aux filles-mères et à leurs enfants, et finalement le problème du criminel adulte qui devrait être traité sur la base de soins sociaux et service social.

APPENDICE "B"

EXPOSÉ N° 2

EN RÉPONSE À UNE QUESTION DE M. MACKENZIE SUR L'ORDRE DE PRÉFÉRENCE
DEVANT ÊTRE ACCORDÉ À L'ADOPTION DES DIFFÉRENTES MESURES
DE BIEN-ÊTRE ET DE SÉCURITÉ SOCIALE

Il est nécessaire de nous reporter à la page 132 du Rapport Marsh sur la sécurité sociale, où le docteur Marsh suggère deux ordres différents de préférence, selon qu'on envisage la question du point de vue général ou du point de vue de l'après-guerre relativement aux besoins immédiats de la période de transition.

L'ordre de préférence mentionné ci-dessous dans le présent exposé n'est pas exactement conforme à celui des listes proposées par le docteur Marsh. Il place la consolidation de l'assurance-chômage, par exemple, après l'assurance-santé, les allocations aux enfants, ou les groupes d'assurance invalidité-vieillesse-survie, sous prétexte que l'inauguration de ces nouveaux programmes est plus importante que les modifications apportées aux anciens programmes. Pour des raisons du même genre, les allocations funéraires, les prestations obstétricales et à un moindre degré, les prestations-maladie en espèces, qu'on peut en quelque sorte considérer comme une amélioration et une extension de notre législation actuelle sur l'assurance-chômage, sont reléguées relativement au bas de l'échelle.

Signalons un autre point important. Les deux numéros en tête de notre liste ne font pas partie de celle du docteur Marsh et ne sont pas ordinairement considérés comme appartenant à un programme de bien-être public ou de sécurité sociale au sens le plus étroit du mot. L'auteur du présent mémoire est d'avis toutefois qu'ils forment la base sur laquelle doit reposer tout système bien conçu de sécurité sociale attendu qu'il faut admettre que nos mesures de sécurité sociale telles que les assurances sociales et les autres programmes de services sociaux ne peuvent réussir à procurer la sécurité aux Canadiens si nous n'arrivons pas à maintenir un haut degré d'embauchage ou à fournir les moyens de vivre convenablement aux ouvriers qui travaillent. Le manque d'emplois pourrait aisément être désastreux pour notre programme d'assurance-chômage et détruirait en même temps le bon effet des autres mesures d'assurance sociale. Des taux de salaires insuffisants pour permettre à la classe ouvrière de vivre convenablement créeraient, au cours de la période même d'embauchage, la situation à laquelle nos programmes d'assurance sociale cherchent à remédier quand le travail manque pour n'importe quelle raison, et nos mesures d'assurance sociale et de bien-être seraient impuissantes dans ce cas attendu qu'elles sont essentiellement destinées à fournir la protection pendant les seules époques où s'arrêtent les revenus normaux provenant de salaires ou autres sources. De là l'importance de baser notre entier programme de sécurité sociale sur des principes fondamentaux destinés à fournir le plus de travail possible à toute la classe ouvrière du pays, et d'établir pour cette classe ouvrière des taux de salaires qui permettront à la population du Canada de maintenir, pendant ses périodes d'embauchage, un niveau d'existence raisonnablement convenable.

A la suite de ces remarques préliminaires, voici l'ordre de préférence que nous suggérons:

1. Maintien du plus grand degré possible d'embauchage.
2. Etablissement de niveaux suffisants de salaires minimums.
3. Allocations aux enfants. Celles-ci sont placées près du haut de la liste, non seulement parce que les taux de salaires ne font pas de diffé-

rences par rapport au nombre de personnes à la charge du travailleur, mais principalement parce qu'elles simplifient les plans de paiement des prestations sous la régime de nos différents programmes de prestations en espèces. Si nous payons des allocations aux enfants, notre barème des prestations d'assurance sociale peut être grandement simplifié et remplacé, comme dans le cas de l'assurance-chômage de nos jours, par un simple barème de prestations pour les célibataires et un autre pour mari et femme. Pas besoin d'autres chiffres pour les enfants attendu que les allocations aux enfants pourvoient, en partie du moins, à leurs besoins. Pour le moment toutefois, les barèmes de prestations de l'assurance-chômage font l'objet de critiques parce qu'ils ne tiennent pas compte du nombre d'enfants à la charge du bénéficiaire. L'assuré sans travail qui a cinq enfants touche les mêmes prestations que l'homme marié qui n'en a pas; et il n'existe pas non plus de système d'allocations aux enfants, à côté du plan d'assurance-chômage, pour rétablir l'équilibre.

4. Assurance-santé—Comme l'a dit le Dr Marsh, ce plan devrait être près du haut de la liste parce qu'il est applicable à toute la population (c'est-à-dire aux salariés ainsi qu'aux groupes de non-salariés) et qu'il est tout à fait de nature à produire de prompts et heureux résultats. Il est à supposer que la mesure sera appliquée par les provinces avec des subventions fédérales, et dans ce cas il faudra prendre garde d'éviter par tous les moyens possibles que les provinces encaissent les contributions d'une manière susceptible de nuire plus tard au désir du gouvernement fédéral de réunir en une seule toutes les primes relatives aux mesures d'assurance sociale et en faire lui-même l'encaissement.

5. Assurances de vieillesse et de retraite (y compris l'assurance-invalidité qui est en réalité une retraite prématurée)—Cette mesure est également importante en ce qu'elle s'applique à la fois aux salariés et aux non-salariés de la nation. Il est particulièrement intéressant de noter à cet égard les arguments de sir William Beveridge qui s'appliquent au même degré au Canada—à savoir que notre population vieillit et de plus que les secours aux vieillards constitueront probablement à l'avenir la partie la plus onéreuse de nos programmes de bien-être. Il est par conséquent de la plus grande importance de transférer le plus tôt possible le fardeau du domaine des fonds publics à celui d'une assurance contributive.

6. Assurances de survie (parfois également appelées pensions contributoires pour les veuves et les orphelins).

7. Consolidation et extension de l'assurance-chômage, y compris une modification permettant de payer des prestations de maladie en espèces au taux des prestations courantes de chômage pendant que l'assuré est incapable de travailler pour cause de maladie, ainsi que pendant les périodes pendant lesquelles il est à présent sans emploi quoique capable de travailler. Il est à noter que cette mesure occupe un rang beaucoup plus bas que dans la liste du docteur Marsh. Je crois qu'il l'a placée plus haut dans sa liste parce qu'il avait dans l'idée que nous avions déjà la législation fondamentale et que nous pouvions immédiatement y apporter des améliorations et des additions. Je n'ai rien à dire contre la valeur ou l'importance de ces améliorations, mais je doute fort qu'elles aient l'importance générale de certaines des mesures mentionnées ci-dessus.

Finalement, au bas de la liste, je mettrais les prestations obstétricales et encore plus bas les allocations funéraires. Je doute fort qu'une allocation funéraire en une seule somme ait grande utilité. Elle n'aurait pas l'effet désiré de limiter le montant des frais funéraires, et permettrait simplement à la famille de payer une partie des frais d'enterrement. La

solution de ce problème, à mon avis, consiste à contrôler les prix de manière à arriver à faire adopter des prix funéraires raisonnables, plutôt que de payer des prestations funéraires en une seule somme.

En conclusion, nous devons faire remarquer que nous n'avons pas essayé de coordonner l'ordre de préférence suggéré pour les programmes à propos desquels le gouvernement fédéral, pourra avoir à prendre l'initiative avec l'ordre de préférence à l'égard des services de secours sociaux et autres généralement reconnus comme appartenant au domaine provincial. En ce qui concerne ces programmes, tels que les secours généraux pour les chômeurs, les ouvriers non-assurés et les gens incapables de travailler, les allocations obstétricales, les pensions de vieillesse non contributoires, etc., on peut dire que la plupart des provinces ont déjà des programmes en cours qui pourvoient, avec plus ou moins grands succès, aux besoins sociaux de ces régions. Il existe une nécessité presque uniforme de renforcer ces programmes provinciaux par l'emploi d'un personnel plus compétent et l'établissement de moyens plus adéquats de secours.

Il est difficile, sinon impossible, de faire concorder l'importance relative de ces mesures avec l'ordre de préférence mentionné ci-dessus attendu que les deux domaines marchent de pair. Il est difficile de voir toutefois, comment même l'adoption prochaine des assurances sociales pourrait établir ces programmes sur une base suffisamment solide pour résister aux chocs de bouleversement d'après-guerre, et cela en soi souligne l'importance de renforcer nos programmes de secours public et autres, qui sont essentiellement basés sur le principe non contributoire et appartiennent en grande partie au domaine provincial, en même temps que nous élaborons ces nouveaux programmes de sécurité sociale dans le domaine fédéral.

APPENDICE "C"

L'AVENIR DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AU CANADA

GEORGE F. DAVIDSON, M.A., D. Ph.

Directeur, Canadian Welfare Council

Si nous attaquions notre problème d'une manière entièrement logique, nous devrions d'abord essayer de nous entendre sur la définition à donner à l'expression "services sociaux"—et de fixer où ces services commencent et où ils finissent dans le domaine de notre société. Mais laissons cela: d'abord parce que la question soulèverait des difficultés interminables—par exemple, est-ce que notre idée des services sociaux comprend le logement—ou les programmes de travaux—ou les services d'embauchage, ou les assurances sociales, ou les services d'hygiène, ou l'administration des pénitenciers, ou l'éducation; ensuite, parce que dans une certaine mesure nous comprenons tout ce que nous entendons par le terme sans essayer d'en donner une définition précise ou de nous accorder exactement sur tous les détails.

Je dois cependant faire en commençant un commentaire au sujet du titre de mon exposé. Nous ne devrions pas nous laisser abuser par le mot "avenir", pas plus que nous ne devrions nous laisser bercer par un faux sentiment de sécurité quand nous entendons parler de rétablissement "d'après-guerre". C'est là décidément une phase de notre effort total dans laquelle le temps ne sera pas notre allié si nous refusons de comprendre qu'à un grand degré le rétablissement d'après-guerre dépend des plans et des mesures que nous prenons *aujourd'hui*. Pareillement, les services sociaux de l'avenir ne sortiront pas, comme le lapin du magicien, d'un chapeau plein de promesses de temps de guerre quand le conflit aura pris fin.

Les services sociaux de demain sont préparés aujourd'hui. Ils sont préparés dans leurs grandes lignes par les fermes déclarations du premier ministre Churchill et du président Roosevelt au cinquième article de la Charte de l'Atlantique faisant allusion au "désir de créer la plus entière collaboration entre toutes les nations dans le domaine économique dans le but d'obtenir pour tous l'amélioration des conditions de travail, le progrès économique et la sécurité sociale."

Ils sont préparés également dans leurs grandes lignes par les déclarations des princes de l'église en Grande-Bretagne comme en fait foi l'article signé par l'archevêque de Canterbury et son prédécesseur, l'archevêque catholique de Westminster et par le modérateur du conseil fédéral de l'église libre, et intitulé "Les fondations de la paix" (*London Times*, 21 décembre 1940): ou encore un article précédent du présent archevêque de Canterbury intitulé "Commençons maintenant", publié dans le *Christian Newsletter* du mois d'août 1940. Ces proclamations et beaucoup d'autres du même genre marquent le cadre général dans lequel nous comptons établir nos services sociaux dans le monde d'après-guerre.

L'article ci-dessus, par le directeur du conseil exécutif, est le troisième d'une série paraissant dans *Welfare* sur différentes phases du rétablissement d'après-guerre. Il a d'abord fait l'objet d'une conférence à l'Institut des affaires publiques du Y.M.C.A., au lac Couchiching, Ontario en août 1942. Il est reproduit ici, non pas comme représentant les vues officielles du Conseil, mais comme exprimant les vues personnelles de l'auteur, dans l'espoir que, grâce à l'intérêt actuel soulevé par le rapport Beveridge, il servira à stimuler les réflexions des travailleurs sociaux, professionnels et autres, du Canada.

Comme Edward Phelan du Bureau international du Travail l'a écrit dans son article "The New Social Objectives" publié dans le *Welfare* canadien d'octobre 1942:

On nous rappelle constamment que les principaux objectifs de la guerre actuelle sont sociaux plutôt que politique ou même économique. Le président Roosevelt nous a dit d'espérer un monde nouveau dans lequel nous serons à l'abri de la crainte et du besoin. M. Eden nous rappelle que le gouvernement britannique "a déclaré que la sécurité sociale doit être le *premier* but de notre programme domestique à l'étranger non moins que chez nous." "Mes buts de guerre, dit Ernest Bevin, sont résumés dans ces mots 'notre vie aura pour motif la sécurité sociale'." Le vice-président Wallace déclare que le siècle qui sortira de cette guerre *peut et doit* être le siècle de l'homme ordinaire.

Finalement, plus près de chez nous, nous avons la déclaration de l'honorable Ian Mackenzie, citée dans l'article de M. Ecker "La guerre pour la sécurité sociale" publié dans *Saturday Night* du 15 août 1942:

Peu de gens peuvent de nos jours regarder la guerre comme une aventure, et par conséquent elle ne devient tolérable que comme croisade dans laquelle nous combattons avec la réforme sociale et économique comme bannière.

J'espère ne pas être mal interprété si je dis qu'il y a de bonnes raisons dans un sens d'être reconnaissants à Hitler et à sa bande de nous avoir forcés, comme ils l'ont fait, à fouiller nos consciences collectives pour formuler les buts nationaux, les résolutions nationales, les objectifs nationaux qui sont de nature positive et sociale plutôt que simplement négative. Est-ce trop d'affirmer qu'il y a un vaste gouffre entre les objectifs dont nous avons conscience avant la guerre et les objectifs de progrès social pour lesquels nos dirigeants nous disent que nous combattons aujourd'hui?

Il ne m'appartient pas d'analyser toutes les raisons qui ont lentement fait surgir ces objectifs sociaux au cours de la lutte actuelle. Qu'il suffise de dire que les chefs de nos pays de langue anglaise ont compris le besoin de vitaliser l'esprit de leurs peuples par l'addition aux objectifs dont nous avons conscience quand nous sommes entrés en guerre, à savoir les choses *contre* lesquelles nous combattons, une série positive de buts sociaux *pour* lesquels nous combattons maintenant.

L'important, du point de vue de notre présente discussion, est que ces objectifs que nous avons choisis, pour nous encourager à apporter de plus grands efforts dans notre lutte, soient des objectifs *sociaux*. Le rapport entre nos programmes de service social dans son sens général et le facteur de *moral* national dans les occupations civiles ainsi que dans nos efforts militaires, a finalement été reconnu en Angleterre et aux Etats-Unis. Nous osons espérer qu'il finira même par l'être au Canada, non seulement du bout des lèvres, mais franchement dans le cœur et l'âme de nos chefs et de notre peuple. Si nous pouvons arriver à ce résultat au Canada, la victoire, quand elle viendra, vaudra bien tout ce qu'elle nous aura coûté, et la guerre du peuple aura été dans son sens le plus exact une victoire du peuple.

Après toutes ces remarques préliminaires pour servir d'assises à notre discussion, étudions maintenant de façon plus pratique les méthodes par lesquelles ces hauts objectifs sociaux peuvent être atteints par le peuple canadien. Esquissons d'abord brièvement, mais aussi complètement que le temps nous le permet, les types de programmes de services indispensables à l'établissement de la sécurité sociale sur une échelle nationale. J'essaierai d'abord d'y arriver sans trop appuyer sur les questions d'ordre juridique, les responsabilités constitutionnelles, ou les restrictions financières qui séparent les différents niveaux de gouverne-

ments fédéral, provincial et municipal. Nous étudierons plus tard les problèmes juridiques et autres.

EMPLOIS POUR TOUS

Les premiers, et probablement les plus importants éléments dans la mise en œuvre d'un bon programme de sécurité sociale pour les Canadiens, sont ceux qui se rapportent au concept de la sécurité sociale considérée du point de vue *économique* par opposition au sens plus général du mot. Car il est bon de se rappeler qu'il existe une différence entre la sécurité économique et la sécurité sociale. La première mesure pour établir la sécurité économique est, naturellement, de *procurer des emplois à tous*, ou, dans des termes probablement plus réalistes, d'éviter le chômage général. On peut dire réellement qu'un programme destiné à donner du travail à tous est un *service social*, en ce sens que c'est une mesure ayant un but social.

On peut dire également que la plupart des éléments faisant partie d'un programme de travail pour tous sont en soi des programmes de services sociaux dans un double sens: par exemple, l'énorme programme de construction de logements qui devra être entrepris au Canada dans la période d'après-guerre, sinon auparavant,—programme d'importance sans précédent qui sera insuffisant s'il n'arrive pas à loger environ le quart ou le tiers de notre population; ou bien un programme de parcs et de terrains de jeux pour permettre aux habitants des villes de respirer le grand air; ou encore un programme de travaux publics utiles entrepris par le gouvernement et mis en œuvre au moment voulu pour s'adapter aux hauts et aux bas de la courbe de l'embauchage pendant l'après-guerre.

Les programmes d'emplois pour tous, basés sur des plans économiques à longue portée, sur des considérations qui tiennent compte des opportunités pour le développement des exportations et pour le développement de nos ressources naturelles, acquièrent une double valeur social quand ils ont recours même d'une façon périodique à la construction de logements, de parcs et de terrains de jeux et autres travaux ayant un but social en vue.

LOIS DE SALAIRES MINIMUMS

Le travail pour tous, toutefois, n'arrivera pas à lui seul à mettre tout le monde "à l'abri du besoin" comme le fait espérer le président Roosevelt à toutes les nations démocratiques du monde. Pour mettre tout le monde à l'abri du besoin et procurer à tous la sécurité économique, il faudra que le travail pour tous soit accompagné de nouvelles mesures sociales. Le travail pour tous est une mauvaise plaisanterie à lui tout seul s'il ne procure pas des moyens d'existence convenables aux travailleurs: et pour que tous les travailleurs de notre pays jouissent de la sécurité économique il faut que toutes les provinces adoptent des lois de salaires minimums ayant pour but de fournir uniformément à tous les travailleurs des moyens d'existence qui les mettront réellement "à l'abri du besoin".

ALLOCATIONS FAMILIALES

Mais même les niveaux de salaires à leur tour ne peuvent être établis de manière à se plier aux besoins de toutes les familles, grandes ou petites. S'il y a des gens qui s'imaginent que les salaires peuvent être basés sur des considérations sociales et sur le nombre de personnes dans chaque famille de travailleur au lieu de l'être sur le principe de "salaire égal pour travail égal", je crains de ne pouvoir me ranger à leur avis. L'équilibre entre le revenu du chef de famille et ses charges de famille doit être, à mon avis, rétabli par un système d'allocations familiales, qui suppléeront au salaire par une allocation, comme question de droit et non pas de besoin, pour chaque enfant dans la famille. Ce système a été en grande partie adopté dans des pays européens et aussi en Australie et Nouvelle-

Zélande. Il fait l'objet de sérieuse considération en Angleterre où l'opposition des syndicats ouvriers, qui prétendaient qu'il contribue à faire baisser les taux de salaires, disparaît rapidement. Au Canada, on n'en parlait plus depuis que le comité parlementaire de 1929 l'a refusé, mais à mon avis, il est destiné à revenir sur le tapis comme une question qu'il vaut la peine d'étudier dans nos plans de sécurité sociale. L'exemption d'impôt de \$108 par enfant, accordée actuellement aux *contribuables* mais pas aux personnes qui forment le tiers le moins fortuné de notre population, est en réalité un système d'allocations familiales à rebours.

Voilà donc la clef de voûte de notre arche, la pierre sur laquelle reposera l'édifice de sécurité sociale que nous devons commencer à construire pour le Canada de demain—emplois pour tous, y compris la mise en œuvre de programmes tels que construction de logements et autres projets, appuyés sur une armature de salaires convenables garantis par la loi, et un système d'allocations familiales pour suppléer aux salaires des travailleurs au moyen du montant nécessaire pour rétablir l'équilibre entre ses moyens de gagner sa vie et ses charges de famille.

Mais pour construire un édifice il ne suffit pas de poser les fondations. Essayons de mettre quelques-unes des autres pièces en place.

ASSURANCES SOCIALES

J'espère qu'on ne me trouvera pas trop pessimiste si je dis qu'il se pourrait que nous ne trouvions pas des emplois pour tous au Canada dans les années d'après-guerre, ou plutôt que nous ne pourrions pas toujours maintenir la pleine mesure d'embauchage due à la guerre. Nous devons pouvoir nous replier sur une deuxième ligne de défense, constituée, à mon avis, par les *assurances sociales*—assurances contre les risques susceptibles d'empêcher le travailleur de maintenir la pleine mesure de sécurité économique que notre programme, tel que nous l'avons exposé jusqu'ici, envisage pour l'avenir. L'assurance contre le chômage, contre les accidents du travail, contre la maladie, contre la vieillesse, contre les longues périodes d'incapacité, assurance pour la famille contre le décès du gagne-pain—je n'ai qu'à mentionner ces divers genres d'assurances pour que vous en admettiez au moins la plupart. Nous avons déjà au Canada l'assurance contre le chômage et contre les accidents du travail, quoique leur portée soit encore restreinte. L'assurance-santé, l'assurance-survie ou assurance sur la vie, l'assurance contre la maladie et les accidents, l'assurance en cas d'incapacité, l'assurance contre la vieillesse—nous avons tout cela, *mais sur une base commerciale et non pas sociale*.

Si ces formes de protection sont à désirer pour ceux qui, comme nous, ont les moyens de les payer sur une base commerciale, combien ne sont-elles pas davantage utiles, ou même *nécessaires*, pour les gens des classes moins fortunées, et jouissant de moins de sécurité et de protection? Ces classes, malheureusement, n'ont pas les moyens d'acheter la protection sur une base de régie intéressée. La grande majorité n'a même pas les moyens de payer des frais d'administration. De là, les efforts, déjà mis à l'essai depuis un demi-siècle ou davantage dans d'autres pays, de socialiser ces genres de protection, de socialiser ces assurances par l'élimination du bénéfice commercial et en outre par le paiement d'une partie des frais des assurances au moyen de contributions de la part des gouvernements et de l'industrie, ce qui ne laisse à la charge de l'individu que la partie des frais qu'il est capable de payer.

LES ASSURANCES DEVRAIENT-ELLES ÊTRE CONTRIBUTOIRES?

On peut élever à ce point des objections contre l'idée de mettre ces services de protection sur une base d'assurance, et j'avoue franchement qu'il y a beaucoup de bon dans l'idée de simplifier, par exemple, l'encombrante méthode d'encaisser les primes individuellement, de mettre l'industrie à contribution pour, disons, l'assurance-santé, en établissant carrément un système de médecins d'Etat. La

bureaucratie de l'encaissement des primes est une chose formidable à envisager pour toutes ces assurances. Pourquoi ne pas accorder des prestations de chômage à titre de droit payé, non pas en partie par des primes, mais entièrement par les impôts? Des soins médicaux gratuits, hospitalisation gratuite, tout cela payé par les impôts? Des pensions de vieillesse pour tous à titre de droit acquis, sans tenir compte des contributions individuelles? Et ainsi de suite sur toute la ligne. Pourquoi le système incommode du principe de l'assurance quand les impôts font l'affaire?

Mes remarques vont probablement me faire qualifier de "progressif hésitant" ou peut-être de "réactionnaire convaincu". Je connais le sens qu'on donne aux mots "vigoureux individualisme" et je doute fort que ceux qui ont suivi mon exposé jusqu'ici m'accusent d'être un éminent apôtre de cette philosophie. Mais je me demande sincèrement s'il est sage d'abolir complètement l'élément contributoire de ces plans d'assurance sociale. N'y a-t-il pas intérêt à continuer de faire sentir à l'assuré qu'il a sa part de contribution dans le plan? Pourquoi ne serait-il pas un contributeur en même temps qu'un bénéficiaire? Ne retient-il pas ainsi une certaine mesure de contrôle sur ses droits de contributeur, ne serait-ce que celui de protester, qu'il pourrait perdre autrement? Je confesse que je ne me sens pas en terrain très sûr à ce sujet. Mais certainement les résultats des pensions non-contributoires de vieillesse ne sont pas très rassurants, et non plus ceux des allocations aux mères ou des secours de chômage. Dans tous ces cas, naturellement, la raison est qu'il fallait que les candidats prouvent qu'ils n'avaient pas d'autres moyens d'existence—et c'est ce qui a été et est encore la cause de l'insuccès de ces mesures. Je sais qu'il en est ainsi, et c'est précisément pour cela que je m'en tiens au côté contributoire du programme d'assurance, parce que je crois qu'il est entièrement possible que ces programmes, s'ils ne sont pas financés dans une certaine mesure sur une base contributoire, seront peut-être tentés quelque jour, par les nécessités financières du moment, d'introduire des mesures rétablissant par des méthodes détournées la preuve de moyens d'existence.

Mais je vais laisser une plus complète discussion de ces questions pour une autre occasion et passer à d'autres considérations.

SECOURS SOCIAL BASÉ SUR LE BESOIN

Ces considérations concernent le sort de deux groupes en particulier, qui ont passé à travers les mailles du filet protecteur *d'abord*, de l'emploi pour tous à salaire convenable, et *ensuite*, de la protection d'assurance sur une base contributoire contre tous les gros risques mentionnés plus haut. Certaines catégories de notre population ne sauraient être absorbées par le marché de la main-d'œuvre, même au maximum de la demande. Elles ne peuvent pas se suffire avec l'argent qu'elles gagnent, et si elles reçoivent des allocations familiales, celles-ci suffisent à peine à suppléer leur salaire mais non à le remplacer. Les assurances sociales ne peuvent pas protéger ces catégories, sauf si le gouvernement paye la totalité des primes, parce que ces catégories de personnes ne peuvent pas faire de contributions à même des salaires qui n'existent pas et qu'elles n'ont pas d'employeur versant sa quote-part pour leur compte.

Il y a ensuite la catégorie de personnes qui ont perdu leur emploi par suite d'un des risques sociaux mentionnés ci-dessus, et qui ont touché le dernier sou de leur assurance-chômage, sans réussir à retrouver du travail. Pour toutes ces personnes il faut élaborer un programme basé sur le besoin. Il existe en réalité nos services actuels d'assistance publique qui ont besoin d'être agrandis, améliorés et en même temps appliqués d'une manière plus intelligente et plus humaine. Les pensions de vieillesse (non-contributoires), les pensions pour les aveugles, les allocations aux mères, les secours en cas de besoin pour ceux incapables de travailler, les travaux de secours pour les chômeurs (dans des conditions per-

mettant aux travailleurs de faire usage de leurs talents et de conserver leur dignité, comme par exemple l'administration des projets de travaux aux Etats-Unis), les soins médicaux pour les nécessiteux, les maisons d'adoption pour les enfants à charge, les secours spéciaux aux travailleurs de passage, et enfin, un programme adéquat de secours agricoles. Les éléments de tous ces programmes existent aujourd'hui au Canada. Ils ont besoin d'être agrandis, développés et appliqués sur une échelle qui en fera une vraie protection sociale pour toute la population.

LES SERVICES SPÉCIALISÉS D'HYGIÈNE ET DE BIEN-ÊTRE

Ces trois importants genres de protection: (1) emplois pour tous avec des salaires suffisants et des allocations familiales; (2) assurances sociales complètes; et (3) aide publique aux catégories dans le besoin, feront beaucoup, à mon humble avis, pour assurer la *sécurité économique* au peuple du Canada. Mais j'ai dit tantôt que sécurité économique n'était pas synonyme de sécurité sociale. Il ne suffit pas seulement de mettre les gens à l'abri du besoin et d'abolir la pauvreté. Il existe un grand nombre de dangers sociaux dont il faut se garder même dans un pays où coulent le lait et le miel. De fait, il se peut que le lait ne soit pas pasteurisé, et pour se garder contre ces dangers physiques et sociaux, nous devons instituer un réseau de services spéciaux qui n'entrent pas exactement dans le cadre des mesures de sécurité économique mentionnées ci-dessus. Les services d'hygiène publique, par exemple, avec leurs unités d'ensemble, leurs programmes de prophylaxie infantile, leurs services sanitaires, leurs services de gardes-malades, leur service pour enrayer la propagation des maladies contagieuses, leurs efforts spécialisés pour la lutte contre les maladies vénériennes, leurs énormes responsabilités dans le domaine de l'hygiène mentale et le soin des anormaux et des aliénés—tout cela doit avoir une place dans notre plan de sécurité sociale, parce que les problèmes que ces programmes sont destinés à attaquer ne disparaissent pas complètement, quoiqu'ils puissent s'évanouir en partie, quand nous arrivons à la solution des problèmes d'insécurité économique. Et nous devons en outre inclure les services sociaux destinés à résoudre les problèmes spéciaux soulevés par la conduite anti-sociale de certains de nos concitoyens—soin des enfants et protection contre la négligence, jeunes délinquants, le problème des filles-mères, le problème des criminels adultes qui demande, malgré ce que nous tolérons au Canada, d'être traité comme un problème de service social. Dites, si vous le voulez, qu'une grande partie de ces problèmes concernant la conduite anti-sociale sont causés par les défauts de notre système économique. Je suis de votre avis jusqu'à un certain point, mais je n'admets pas que l'abolition de la pauvreté dans le sens le plus général du mot fera disparaître à jamais le besoin de s'occuper de ces genres particuliers de déséquilibre social plutôt que de l'insécurité économique.

Et maintenant, si vous le permettez, je vais consacrer quelques courts instants aux auspices sous lesquels ce programme d'ensemble de sécurité sociale, sanitaire et économique devrait être mis en œuvre.

LE BESOIN DE DIRECTION NATIONALE

La première chose et la plus évidente qu'on puisse dire est que tout programme de sécurité sociale pour le Canada, s'il doit être basé sur un niveau de vie canadien, si ce doit être un système de sécurité sociale canadien, devra être sous les auspices du seul gouvernement capable de diriger au nom de tout le Canada—c'est-à-dire le gouvernement fédéral. Nous ne saurions avoir neuf programmes canadiens de sécurité sociale. Si nous voulons un programme de sécurité sociale pour la Colombie-Britannique, ou pour le Manitoba ou pour la Nouvelle-Ecosse, c'est une chose; mais quel qu'il soit, si vous le multipliez neuf

fois ou quatre-vingt-dix-neuf fois, ce n'est pas et ce ne sera jamais un programme canadien de sécurité sociale.

A mon avis, cela veut dire que l'initiative de n'importe quel plan de sécurité sociale pour le pays, si humble ou si ambitieux soit-il, doit être assumée par Ottawa. Le gouvernement du Canada ne peut fonctionner dans un vide juridictionnel ou constitutionnel s'il aspire à être le gouvernement de tout le peuple canadien. Il doit accepter les responsabilités de direction dans le domaine du bien-être social; car c'est le *moral national* qui fait le succès ou l'insuccès d'une nation; et le moral national, comme nous commençons à nous en apercevoir dans cette guerre, dépend, plus que le pays ne s'en est douté jusqu'ici, du sentiment de sécurité procurée à l'arrière par un réseau de services sociaux. A-t-on jamais entendu parler de *moral provincial*? Par conséquent seule la direction du gouvernement du Dominion peut créer cette force dynamique sociale nécessaire pour nous donner un programme de sécurité sociale servant de soutien à notre bien-être.

SUBVENTIONS CONDITIONNELLES

Il existe toutefois une différence entre la préparation et la conception d'un programme national de services sociaux et son administration entièrement nationale. Si je recommande la direction nationale, cela ne signifie pas que je trouve nécessaire ou souhaitable l'administration par le gouvernement national de tout le programme de sécurité sociale mentionné ci-dessus. Je diffère en ceci de certaines recommandations de la Commission Rowell-Sirois. Je conviens avec elle que la juridiction administrative de nombreuses phases du programme de sécurité devrait appartenir au gouvernement du Dominion, mais je ne saurais accepter que le programme basé sur les subventions fédérales et administré par les provinces sous la surveillance du Dominion soit relégué à la place insignifiante que lui assigne la Commission. Je ne crois pas qu'on ait suffisamment apprécié la valeur des subventions conditionnelles comme moyen de tourner les difficultés constitutionnelles relatives au financement et à l'administration de nos services sociaux. Nous avons réellement deux choix: établir une nette distinction entre la responsabilité juridictionnelle et la responsabilité administrative sur une base constitutionnelle et confier l'administration d'un groupe de services aux provinces et l'autre au Dominion; ou bien, permettre au principe de subventions conditionnelles, par lequel le Dominion administre directement certains services, d'influencer, en termes de normes et de portée de programme, les services administrés par les gouvernements provinciaux. Je ne vois pas la possibilité d'avoir un programme d'ensemble des services sociaux si le Dominion, sur la recommandation du rapport Sirois, se charge de certaines responsabilités administratives, mais, tout en octroyant de grosses sommes d'argent aux provinces, assume une attitude de laisser-faire et de désintéressement à l'égard de l'importance ou de la qualité des programmes administrés par les provinces. Tout ce qui pourrait résulter de mieux de tout cela serait un manque d'unité quoique certaines parties pourraient, naturellement, être assez bonnes.

D'un autre côté, si le Dominion assumait la responsabilité *administrative* de tous les services sociaux, cela n'offrirait pas non plus une solution pratique. Si nous prenons l'assurance-chômage comme exemple, il faudrait attendre jusqu'à la fin des siècles pour que toutes les modifications à apporter à l'Acte de l'Amérique britannique du Nord nous permette d'accomplir ce résultat. Nous avons besoin de notre programme de sécurité sociale *maintenant*, et non pas au jour du Jugement dernier. D'autres raisons fondamentales s'opposent en outre à l'administration complète par le Dominion. Certains services sont essentiellement de nature locale. Mais ce qu'il faut, c'est un programme d'administration fédérale en partie, plus l'intérêt du Dominion manifesté au moyen de subventions, surveillance et service général pour les provinces à l'égard des services provinciaux, sous la direction, la stimulation, les plans et l'unification

du Dominion. Les subventions ont réussi aux Etats-Unis avec leur système fédéral. Elles donnent de bons résultats depuis plus longtemps encore en Grande-Bretagne. On peut les appliquer avec un succès raisonnable au Canada. La raison des mauvais résultats obtenus dans le passé, et c'est en partie la raison pour laquelle la Commission Rowell-Sirois condamne l'expédient sous couleur d'éloges, est due à deux choses: (1) intervention politique, (2) manque de personnel fédéral de surveillance sauf pour la vérification de la comptabilité. La non-intervention politique et la formation d'un personnel capable d'assumer la direction pour le compte du Dominion et de se charger de l'administration fédérale et provinciale sont, naturellement, deux des conditions essentielles au succès d'un programme de subventions conditionnelles. Mais cela s'applique à tous les programmes, et ni l'une ni l'autre de ces conditions est impossible au Canada s'il existe un désir réel d'atteindre ces buts.

RESPONSABILITÉS FÉDÉRALES

Pour mon compte, je dois dire que parmi les différents points du programme de sécurité sociale énumérés ci-dessus, la responsabilité de fournir des emplois pour tous, de fixer des taux de salaires minimums et d'accorder des allocations familiales appartient au gouvernement fédéral. Celle des assurances sociales devrait lui revenir également. On pourrait en excepter les accidents du travail et peut-être aussi, de même que le fait la Commission Rowell-Sirois, l'assurance-santé, quoique, franchement, je ne voie pas de raison en principe pour laisser l'assurance-santé aux provinces, sauf que de cette façon nous obtiendrions probablement l'assurance-santé plus vite si elle est administrée par les provinces avec des subventions fédérales.

RESPONSABILITÉS PROVINCIALES

Les services de secours et les services spéciaux d'hygiène et de bien-être destinés à parer aux problèmes de conduite anti-sociale devraient probablement être laissés à l'administration des provinces, mais avec des subventions et la surveillance du Dominion. Ces services basés sur l'aide en cas de besoin sont pour la plupart plus sujets à varier selon les lieux que les autres services, et peuvent par conséquent être généralement mieux administrés sous des auspices locaux que les autres services comme les assurances qui entraîneraient de sérieuses difficultés administratives sous la juridiction provinciale. Je touche là de nouveau à un point fort controversé, et je sais que je m'expose à la critique en disant que je ne suis pas convaincu qu'on pourrait faire une exception dans le cas de l'assistance-chômage en confiant son administration au gouvernement fédéral comme le recommandent la Commission nationale de placement et la Commission Rowell-Sirois. Je pense qu'avec un programme d'emplois pour tous, y compris la responsabilité de projets de travaux, plus une protection complète au moyen d'assurances, le problème de l'assistance-chômage peut raisonnablement être laissé à l'administration provinciale avec des subventions et sous la surveillance du gouvernement fédéral.

Le manque d'espace ne me permet pas de faire autrement que de donner catégoriquement mon opinion sur cette question du partage de la responsabilité administrative entre le gouvernement fédéral et les provinces. Mais un des avantages de ce principe de subventions est sa grande flexibilité, et par conséquent on peut faire la répartition à titre d'essai, comme je l'ai esquissé ci-dessus, sans compromettre irrémédiablement le résultat.

D'un autre côté, si l'on essaye de séparer nettement la juridiction, comme l'a fait la Commission Rowell-Sirois, il faut décider une fois pour toutes si l'assurance-santé sera laissée aux provinces ou si elle deviendra une fonction du Dominion. C'est le dilemme embarrassant dans lequel on se trouve chaque fois qu'il faut prendre une décision finale. Comme résultat, le rapport de la

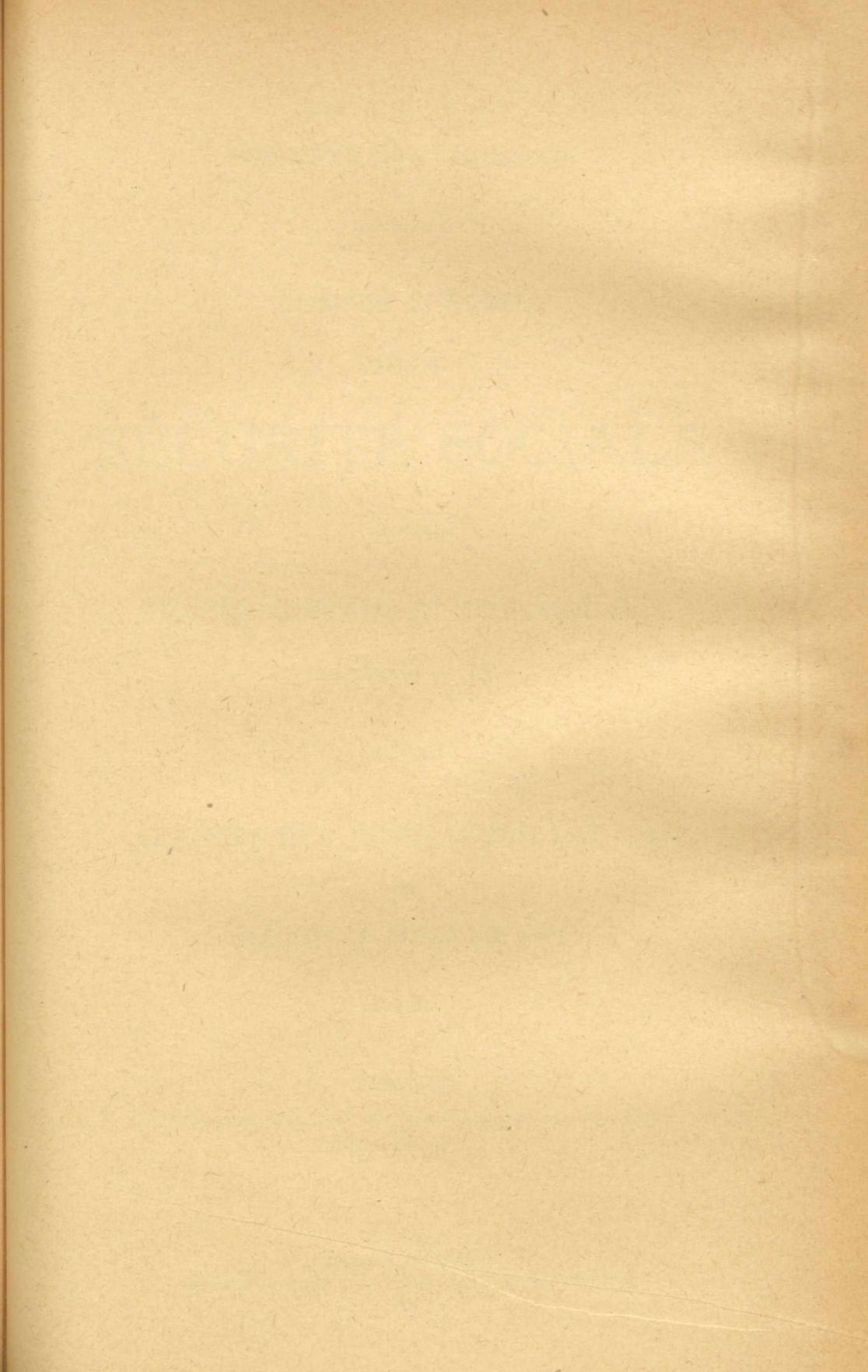
Commission est plein de contradictions inévitables par suite de la tentative de séparer nettement les juridictions respectives.

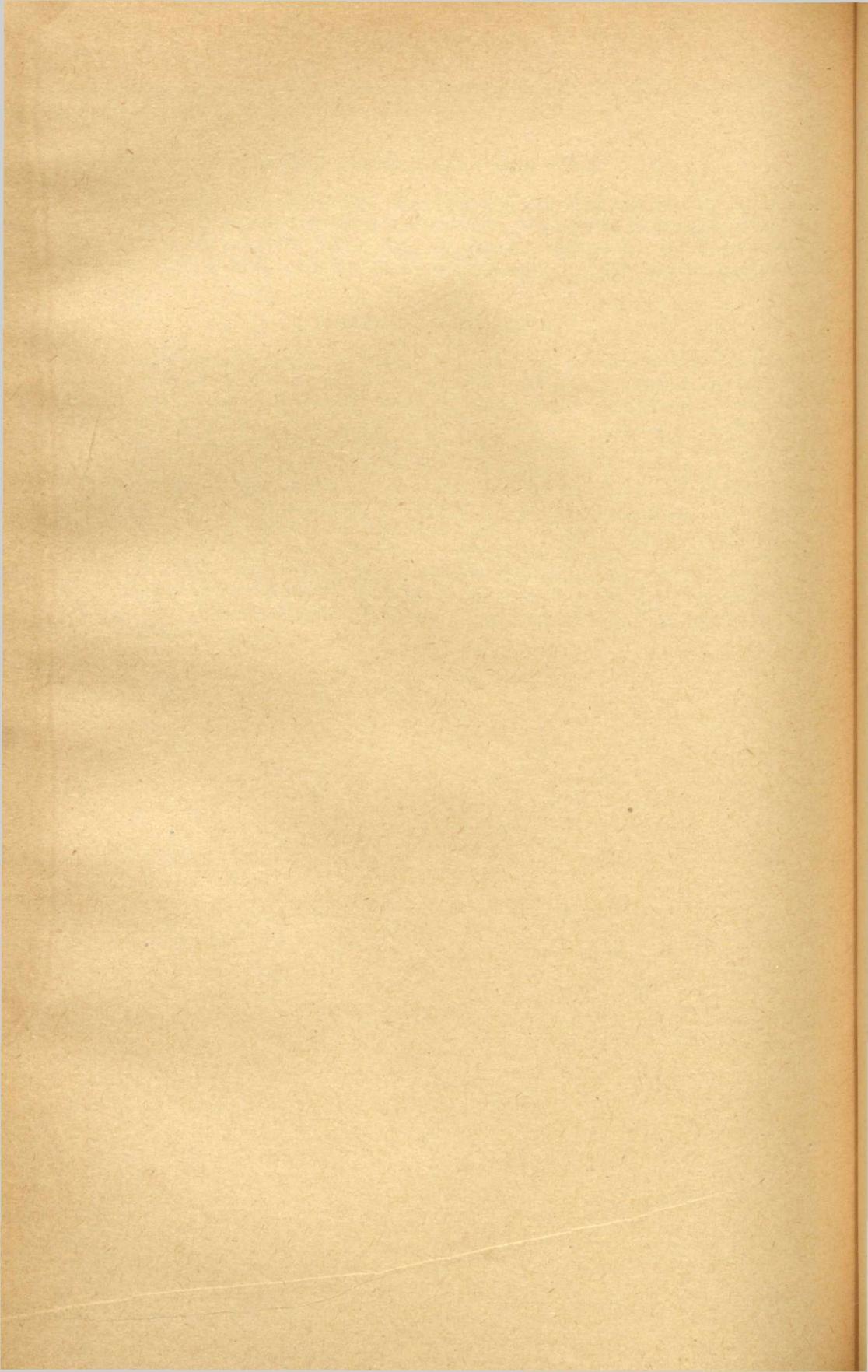
BUREAU FÉDÉRAL DE BIEN-ÊTRE PUBLIC

Deux autres points, et j'ai fini. J'ai signalé la nécessité de direction nationale dans le domaine du bien-être social. A mes yeux, cela signifie la prompte création d'un Bureau de bien-être public dans le domaine fédéral qui serve au moins de noyau pour la mise en œuvre de ce programme de sécurité sociale nationale.

FORMATION DU PERSONNEL

Et maintenant mon dernier point. La chose que je redoute plus que toutes les autres quand je pense à tout ce qu'il y a à faire sous le rapport des services sociaux dans la période d'après-guerre, est le manque complet de préparation de notre personnel en ce qui concerne les principes et l'administration du bien-être social. Je serais le dernier à vouloir priver de quoi que ce soit nos collègues des domaines de la santé et de l'éducation. Mais les grandes fondations ont été très généreuses à leur égard en les aidant à créer des écoles et former leur personnel. Nous avons besoin qu'on montre un intérêt du même genre à l'égard de nos écoles d'administration des services sociaux. Rien ne serait plus pitoyable que de voir le Canada entreprendre un programme de sécurité sociale sans le personnel voulu. Mais c'est ce qui se produira inévitablement si le gouvernement ne prend pas dès maintenant l'initiative de procéder à la formation du personnel administratif et des recherches nécessaire au programme canadien d'après-guerre que nous avons en vue.





SESSION DE 1944
CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL
DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 12

SÉANCES DES JEUDI 13 JUILLET 1944

et

MARDI 18 JUILLET 1944

TÉMOIN:

Le Dr F. Cyril James, principal et vice-chancelier de l'Université McGill,
Montréal, P.Q.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1944

ORDRE DE RENVOI

Le MARDI 18 juillet 1944.

Ordonné,—Que ledit Comité soit autorisé à siéger pendant les séances de la Chambre.

Copie conforme.

Le greffier de la Chambre,
ARTHUR BEAUCHESNE.

RAPPORT À LA CHAMBRE

OTTAWA, le 18 juillet 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale a l'honneur de présenter son

DEUXIÈME RAPPORT

de la Chambre. Votre Comité recommande qu'il lui soit permis de siéger pendant les séances

Le tout respectueusement soumis.

Le président,
CYRUS MACMILLAN.

PROCÈS-VERBAUX

Le JEUDI 13 juillet 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Adamson, Blanchette, Breithaupt, Bruce, Mme Casselman, MM. Cleaver, Coté, Fulford, Gershaw, Howden, Lalonde, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McIvor, Maybank, Mayhew, Shaw et Wright—20.

Sont aussi présents:

- Le Dr J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;
- M. A. D. Watson, actuaire en chef, département des assurances;
- M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances;
- M. S. B. Smith, Bureau fédéral de la statistique.

Le président annonce que le sous-comité, nommé à la dernière séance pour étudier la motion de M. Maybank et obtenir à ce sujet l'opinion du ministère de la Justice, s'est réuni à cet effet et a obtenu du sous-ministre de la Justice l'opinion suivante:

J'ai étudié le projet d'amendement à l'article 4 du bill de la Santé nationale ayant pour objet d'ajouter un nouveau paragraphe (2) de la teneur ci-dessous:

(2) Il est déclaré par les présentes que, sous réserve des dispositions du paragraphe précédent, aucune partie de la présente Loi ne sera considérée comme limitant l'exercice par une province de son droit de définir, accroître ou restreindre les droits ou obligations de toute personne ou groupe ou catégorie de personnes relativement aux prestations ou services disponibles sous le régime d'une mesure d'assurance-santé, ou d'employer et rétribuer les services de toute personne (ou association de personnes) quand les services de ces personnes sont considérés par la province utiles à la mise en vigueur d'une telle mesure.

Je ne saurais conseiller l'adoption de cet amendement, car ses dispositions sont si libérales qu'elles pourraient être interprétées comme annulant en grande partie les conditions auxquelles les subventions peuvent être accordées aux provinces. Cela s'applique particulièrement à la proposition de déclarer de fait que la province est libre d'accroître ou de restreindre les droits ou obligations de toutes personnes relativement aux prestations ou services disponibles sous le régime de la loi. Une telle déclaration générale, embrassant comme elle le fait le domaine tout entier des droits et obligations, même accompagnée de "sous réserve des dispositions du paragraphe précédent", laisse entendre qu'une province sera autorisée à déroger considérablement à la règle si elle le désire. En tout cas, un amendement de ce genre, à mon avis, entraînera confusion dans l'interprétation de la loi.

La déclaration à l'effet que la province peut employer et rétribuer les services de certaines personnes quand ces services sont considérés utiles par la province, donne prise à l'objection que la subvention pourrait servir à payer des personnes qui n'ont pas les diplômes médicaux requis par la loi de la province.

Pour ces raisons, je vous informe que le projet d'amendement ne serait pas opportun.

(Signé) F. P. VARCOE,

Sous-ministre.

Le président déclare que le sous-comité, après avoir soigneusement étudié la motion et l'opinion du sous-ministre de la Justice, a décidé, sur division, de ne pas recommander l'adoption de la motion de M. Maybank.

M. Maybank ne contredit pas l'opinion du sous-ministre de la Justice, mais pense qu'elle est basée sur de fausses prémisses.

L'honorable M. Bruce lit le mémoire suivant pour montrer pourquoi l'amendement ne devrait pas être adopté :

L'article 3 (1) de l'avant-projet de loi sur l'assurance-santé confère au Gouverneur en conseil le pouvoir de conclure un accord avec les provinces pour leur payer des subventions aux fins d'assurance-santé. L'article 4 (1) confère au Gouverneur en conseil le pouvoir d'approuver les dispositions statutaires relatives à l'assurance-santé contenues dans la Deuxième Annexe du bill. Le Gouverneur en conseil, par conséquent, possède le pouvoir de conclure un accord avec les provinces et d'indiquer les provisions statutaires qui seront satisfaisantes aux fins de ces subventions. Le projet de modèle de loi provinciale contient les dispositions statutaires. Celles-ci forment la base d'accord entre le Gouverneur en conseil et les lieutenants-gouverneurs en conseil des différentes provinces.

La motion présentée au Comité spécial de la sécurité sociale a pour but de limiter les pouvoirs conférés au Gouverneur en conseil par les articles 3 (1) et 4 (1) du projet de loi, comme l'indique le passage suivant de la motion :

Aucune partie de la présente Loi ne sera considérée comme limitant l'exercice par une province de son droit de *définir, accroître ou restreindre les droits ou obligations de toute personne ou groupe ou catégorie de personnes relativement aux prestations ou services disponibles sous le régime d'une mesure d'assurance-santé.*

Cette partie de la motion pose à la place des conditions contenues dans la Deuxième Annexe du bill celles que fixeront les lieutenants-gouverneurs des provinces. En fait, les pouvoirs conférés au Gouverneur en conseil par l'article 4 (1) pour fixer les conditions selon lesquelles un accord peut être conclu sont transférés du Gouverneur en conseil aux lieutenants-gouverneurs des provinces. Cette motion oblige le Gouverneur en conseil à accepter les définition, accroissement ou restriction que peuvent apporter les provinces à la Deuxième Annexe du projet de loi.

Il n'a jamais été question dans le projet de loi de permettre aux lieutenants-gouverneurs en conseil des provinces de fixer les conditions selon lesquelles ils consentent à accepter des subventions fédérales, mais son idée est que le Gouverneur en conseil et les lieutenants-gouverneurs s'entendent pour l'allocation des prestations sous réserve des conditions contenues dans le bill sur la santé nationale ou dans des conditions à peu près analogues.

La partie habilitante du projet d'amendement qui dit :

Il est déclaré par les présentes que, sous réserve des dispositions du paragraphe précédent

n'a aucune signification, vue que les conditions fixées par la motion annullent les dispositions du paragraphe (1) de l'article 4 auquel elle se rapporte.

Quant à la dernière partie du projet d'amendement :

...ou d'employer et rétribuer les services de toute personne (ou association de personnes) quand les services de ces personnes sont considérés par la province utiles à la mise en vigueur d'une telle mesure

elle semble avoir pour objet d'enlever au Gouverneur en conseil le droit de refuser d'accepter même les personnes les plus inexpérimentées et les plus incompetentes autorisées par une province à dispenser des prestations sous le régime du bill. Il est concevable qu'une province soit l'objet de fortes pressions à l'effet de permettre à des personnes non qualifiées de dispenser les prestations et qu'une province ne soit pas capable de résister à ces pressions. Dans ce cas, le Gouverneur en conseil devrait avoir des pouvoirs discrétionnaires.

Brièvement, ce projet d'amendement autorise les lieutenants-gouverneurs en conseil des provinces à ignorer les articles du bill concernant les personnes visées par la loi, ainsi que l'enregistrement, les contributions, les prestations, la méthode de paiement, la création d'une Caisse d'assurance-santé, mesures qui se rapportent toutes à l'accord devant être conclu entre le Gouverneur en conseil et les lieutenants-gouverneurs des provinces. Etant donné, par conséquent, que le projet d'amendement permettrait aux provinces de se soustraire aux conditions contenues dans la deuxième annexe du bill, il ne devrait pas être adopté.

En d'autres termes, les dispositions du paragraphe 1 de l'article 4 et celles du projet du paragraphe 2 sont contradictoires, impraticables et incompatibles, puisque, d'un côté, il est déclaré que "les dispositions statutaires concernant l'assurance-santé" doivent être "celles que mentionne" l'avant-projet de loi, et, d'un autre côté, que le Gouverneur en conseil devra accepter les définitions, accroissements et restrictions relatifs aux prestations ou services que les provinces ont le droit d'imposer dans des circonstances ordinaires quand il s'agit de leurs propres lois et de leurs propres fonds.

Cela fait ressortir la différence entre les subventions sans condition et les subventions conditionnelles et la supériorité de ces dernières. Les subventions sans condition ne contiennent pas de termes de remboursement. D'un autre côté, quand un gouvernement se procure l'argent pour le donner à dépenser à d'autres gouvernements, le gouvernement qui se procure les deniers et accorde la subvention devrait affirmer son contrôle en fixant l'objet pour lequel il accorde son aide et en s'assurant que l'argent est convenablement employé. Autrement, la subvention en vue de certains services risque de manquer son but, l'argent, d'être mal dépensé, et les services d'être négligés.

Cette question est traitée par J. A. Maxwell dans son livre "Subventions fédérales aux gouvernements provinciaux au Canada" quand il dit "Si le Dominion désire développer certains services, sur un niveau égal dans toutes les provinces, et s'il est impossible de le faire au moyen de dépenses directes par l'intermédiaire de ses propres fonctionnaires, il devrait accorder des subventions conditionnelles aux gouvernements provinciaux".

M. McCann propose que le rapport du sous-comité soit adopté.

M. Wright dit que vu que le gouvernement du Dominion dirige la politique fiscale du pays, les provinces ont souvent été incapables d'exécuter des programmes dans les domaines hors de leur juridiction.

M. Maybank dit qu'il désire faire ajouter au Rapport du Comité sous une forme ou une autre la recommandation suivante: "Ce Comité est d'avis que les provinces devraient être libres de décider quelles sont les personnes et le genre de personnes à employer et rétribuer dans les services à rendre sous le régime de la loi".

La discussion est remise à plus tard.

Le président présente le Dr F. Cyril James, principal de l'Université McGill, qui est interrogé et se retire.

Sur la proposition de M. McIvor le Comité vote à l'unanimité des remerciements au Dr James et le président se fait un plaisir de les transmettre.

Sur la proposition de M. McCann le Comité décide de demander la permission de siéger pendant les séances de la Chambre.

Le Comité s'ajourne à 1 h. 15 de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le MARDI 18 juillet 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 4 heures de l'après-midi sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Bruce, Côté, Fulford, Gershaw, Hurtubise, Macmillan, McCann, McIvor, Warren, Wood et Wright—12.

Sont aussi présents:

Le Dr J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale;

M. A. D. Watson, actuaire en chef, département des Assurances;

M. S. B. Smith, Bureau fédéral de la statistique;

M. R. B. Bryce, enquêteur financier, ministère des Finances.

Le Comité reprend l'étude d'une motion présentée à la dernière séance par M. McCann "Que le rapport du sous-comité soit adopté". La question est mise aux voix et résolue dans l'affirmative, sur division.

La requête de M. Maybank au cours de la dernière séance, à l'effet que le Rapport du Comité contienne la recommandation additionnelle que les provinces devraient être libres de décider quelles sont les personnes et le genre de personnes à employer et rétribuer dans les services à rendre sous le régime de la loi, est discutée et sera de nouveau étudiée à la prochaine séance.

M. Gunn est appelé et interrogé.

Sur motion de M. Warren, le président est autorisé à préparer un projet de rapport pour soumettre au Comité, et à inclure dans ce rapport des recommandations relatives à certaines phases de sécurité sociale autres que l'assurance-santé, mentionnées dans le rapport Marsh.

Le Comité s'ajourne à 5 h. 5 de l'après-midi pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 13 juillet 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 h. 45 du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Le PRÉSIDENT: Madame Casselman et messieurs, nous avons l'honneur d'avoir ici ce matin le Dr F. Cyril James, principal et vice-chancelier de l'Université McGill, et président du comité consultatif du rétablissement. Le Comité vous est très reconnaissant d'avoir bien voulu venir ici ce matin, docteur James, car nous savons combien vous êtes pris par vos nombreuses fonctions. Le Dr James n'a pas eu le problème de préparer un exposé ou un texte, mais il se fera un plaisir de répondre aux questions et je puis l'assurer qu'il a affaire à un auditoire cordial et bien disposé envers lui. Je vais demander au ministre, l'hon. Ian Mackenzie, de vouloir bien ouvrir la séance par quelques questions.

Le Dr F. CYRIL JAMES est appelé.

L'hon. M. MACKENZIE: Monsieur le président, madame Casselman et messieurs, je demande si vous voulez bien me permettre de prendre deux ou trois minutes, pour me rapporter à notre première séance de ce Comité le 16 mars 1943, attendu que nous approchons du terme de nos labeurs, et que quelques-unes des données qui font l'objet de nos discussions pourront, ce me semble, être utiles au Dr James. Je cite:

J'énumérerai ainsi les trois problèmes que nous avons à résoudre: le problème pratique et constitutionnel de l'unification des services sociaux et des plans de pensions existants; les nouvelles mesures nécessaires pour nous fournir une garantie complète des divers risques; un examen de la valeur pratique des barèmes de prestation de nos plans existants.

Pour s'occuper d'abord de l'aspect de l'unification des services existants, en le distinguant de l'aspect constitutionnel, le Comité trouverait probablement avantage à instituer une enquête sur les points suivants:

Quelles mesures faudrait-il prendre pour unifier les plans des diverses provinces, en matière d'accidents du travail et d'allocation maternelle?

Quelles mesures faudrait-il prendre pour combiner en un même système les prestations accordées par la législation sur les accidents du travail et par l'assurance-maladie?

Quelles mesures faudrait-il prendre pour combiner en un même système les prestations en argent accordées par la législation sur les accidents du travail et par l'assurance-chômage?

Quelles mesures faudrait-il prendre pour adopter un système unifié de perception des contributions relatives à l'assurance-chômage, aux accidents du travail, à l'assurance-maladie et aux pensions de vieillesse?

Quant au deuxième point, le Comité pourrait instituer des enquêtes sur la nécessité, le coût et le meilleur moyen d'ajouter aux mesures de sécurité sociale, en vigueur au Canada, les diverses prestations prévues dans le rapport Beveridge, telles que l'assurance-maladie (objet d'un rapport complet déjà préparé pour le Comité), les prestations-maternités, les prestations-décès, les pensions aux veuves et les allocations familiales.

Peut-être conviendrait-il également d'étudier la meilleure manière de transformer notre plan de pensions de vieillesse en un plan à base de contribution.

Nous pourrions instituer une enquête sur la meilleure manière d'établir les pensions aux aveugles sur une base scientifique, en tenant un plus grand compte d'un facteur, à savoir le traitement médical. A ce sujet, encore, le ministère a accompli un travail utile, et j'espère être en mesure de présenter un rapport au Comité, un peu plus tard.

Quant au troisième point, les recherches du Comité porteront sur le caractère suffisant ou insuffisant de nos taux actuels. Il y faudra une étude scientifique des éléments d'un niveau de subsistance minimum. En raison des fluctuations de la valeur du dollar, je suggérerais de s'attacher, dans cette étude, aux éléments concrets de la subsistance, plutôt qu'à leur valeur monétaire. Il serait avantageux de régler le système de mesure sur l'indice du coût de la vie, déjà bien établi, de manière à pouvoir suivre les variations périodiques du niveau des prix, à l'aide d'une unité de mesures bien comprise.

Répétons qu'en raison des grandes différences de climat, de ressources naturelles et de conditions sociales entre les diverses parties du pays, une pareille étude pourrait prendre en considération les besoins différents de la population des provinces Maritimes, de la province de Québec, de l'Ontario, des provinces des Prairies et de la Colombie-Britannique.

Elle pourrait tenir compte de la différence entre les besoins alimentaires des travailleurs adultes, des enfants et des vieillards.

Enfin, elle pourrait ne pas négliger la rigidité relative du facteur *loyer*, dans le coût de la subsistance, ni la différence entre le niveau des loyers dans les agglomérations urbaines et dans les agglomérations semi-rurales.

Sir William Beveridge a délibérément écarté ce problème, sans tenter d'offrir une solution.

Il serait superflu d'insister sur la valeur d'une pareille étude pour déterminer le degré de perfection ou d'imperfection des divers barèmes de subventions, allocations et pensions actuellement prévues par notre législation sociale, si nous voulons essayer de mettre tout notre système canadien de sécurité sociale sur une base large et suffisante.

Enfin, si nous devons examiner la question d'unification, il nous faudra envisager le problème constitutionnel, tant à l'égard des mesures de sécurité sociale déjà en vigueur qu'à l'égard des mesures nécessaires pour compléter le système, selon notre objectif. A ce sujet, toutefois, il pourrait y avoir des avantages à développer la technique des subventions fédérales, comme cela s'est déjà pratiqué pour les pensions de vieillesse.

Il n'entrerait sans doute pas dans les attributions du Comité de recommander quelque solution constitutionnelle, autrement qu'à titre de pure suggestion, si des changements paraissent nécessaires. Les changements constitutionnels d'importance devraient probablement faire l'objet d'une conférence entre le fédéral et les provinces. Ainsi, nous sommes en présence d'une tâche extrêmement vaste et complexe.

Si nous opérons sur une table rase, nous pourrions chercher à établir toutes les mesures de sécurité sociale, au Canada, sous une même autorité, avec une seule contribution, et sous une même administration centrale.

Inversement, si le champ de la sécurité sociale était entièrement couvert par une législation partiellement fédérale et partiellement provinciale, il pourrait être avantageux de tenir une conférence sur les aspects constitutionnels en vue de déterminer si nous pourrions nous accorder sur l'unification de la structure existante.

En fait, nous ne sommes ni dans l'une ni dans l'autre de ces positions. Le champ n'est couvert qu'en partie, et l'administration est partagée entre le fédéral et les provinces.

L'unité et la simplicité d'administration sont l'idéal à viser. Leurs avantages sont trop évidents pour qu'il soit nécessaire d'insister.

L'unification, toutefois, comporte de plus grands problèmes au Canada qu'en Angleterre, et sera beaucoup plus longue à réaliser.

J'ai moi-même demandé au Comité de la restauration de faire une expertise du champ d'action dans lequel, comme je viens de le dire, nous devons évoluer si le Canada doit adopter intégralement un système analogue à celui que prévoit le plan Beveridge.

Les résultats de cette expertise sont consignés dans le rapport très instructif du Dr L. C. Marsh, que j'ai déposé au début de mes remarques.

Nous espérons que ce rapport pourra servir de guide aux études plus approfondies qu'il faudra certainement entreprendre avant d'adoption de mesures législatives.

Si nous voulons accomplir une œuvre pratique et utile pour le peuple du Canada, d'une manière rapide et efficace, il pourra être préférable, pour le moment, d'appliquer nos efforts à combler les lacunes de notre système actuel de sécurité sociale.

Cela pose la base de notre discussion ici, il y a un an, et se rapporte également à la première séance du comité consultatif de la restauration dont le Dr James était le président en mars 1941. J'ai dressé à l'époque une directive pour coordonner les travaux des deux comités, relativement aux sujets sur lesquels pourraient porter les délibérations du comité consultatif du rétablissement: premièrement, dans le domaine international, une esquisse d'un système international possible: sera-ce la sécurité collective, basée sur la force collective et la préparation collective, et non pas seulement sur l'idéalisme collectif?

Quelle sera la part du Canada là-dedans? Si cette guerre est une guerre pour obtenir la direction des affaires mondiales, qu'est-ce qui doit en être l'idéal de direction? Réside-t-il dans la sécurité sociale? Quels sont les principes régissant la véritable sécurité sociale?

Ensuite je fais allusion aux trois principes cardinaux du président Roosevelt relatifs à la sécurité sociale pour la famille: habitations convenables; mise en valeur des ressources naturelles du pays de manière à donner à tous les moyens de prendre part à des travaux productifs; sauvegardes contre les grandes infortunes de la vie qui ne peuvent pas être complètement éliminées dans notre société humaine.

Je fais ensuite allusion à la Loi sur la sécurité sociale portant sur trois de ces sujets et concernant: les prestations de chômage, les pensions et secours de vieillesse, la sécurité pour les enfants, les secours aux aveugles, l'extension des services d'hygiène publique, le rétablissement professionnel.

J'en arrive ensuite au problème au Canada; le problème de démobilisation en ce qui concerne les forces armées; le digeste des mesures déjà prises et des mesures proposées à cet effet; ensuite les forces auxiliaires—comment on se propose de les absorber; puis les réglementations à maintenir—comment la plupart des réglementations fondamentales de la Loi des mesures de guerre doivent être conservées pendant la période de rétablissement sous le régime, disons, d'une Loi sur les mesures de rétablissement. Par exemple, serait-il sage du point de vue national et économique de maintenir le contrôle du change, le contrôle des prix, etc.; serait-il sage pour le Canada d'obtenir de toutes les provinces un plan de cinq ans ou de dix ans pour l'exécution par ordre de priorité de travaux publics, projets et développements qui sont nécessaires comme entreprises provinciales? Ou bien ne serait-il pas sage d'obtenir des ministères du gouvernement fédéral tels que les Travaux publics, les Mines et Ressources, les Transports, les Finances, un plan semblable de projets de rétablissement tels que travaux publics, reboisement, formation de la jeunesse, route de tourisme, etc.?

Ces projets devront être groupés sous trois rubriques:

- (a) ceux appartenant nettement au domaine provincial et municipal;
- (b) ceux appartenant nettement au domaine fédéral;
- (c) ceux nettement d'entreprise commune.

Le logement devrait avoir une place prédominante dans ces projets.

Comment faudra-t-il financer les mesures de sécurité sociale nécessaires à la restauration et quelle proportion des régies et des procédés de guerre, les années de restauration devront-elles comporter?

Or, monsieur le président, le Comité de la restauration a terminé son travail, il y a quelque temps, et j'ai sous les yeux le rapport principal, document des plus complets et des plus merveilleux, qui mérite d'être étudié: rapport de notre comité de politique agricole; rapport du comité de la conservation et du développement des ressources naturelles; rapport du comité des entreprises de construction financées par l'Etat; rapport du comité du logement et de l'urbanisme; rapport du comité de l'embauchage d'après-guerre et des problèmes des hommes et des femmes, après la guerre.

Telle est l'œuvre réalisée sous la direction du Dr James, depuis mars 1941, et j'estime, sans la moindre réserve, monsieur le président, que notre Comité, le gouvernement et toute la population du Canada doivent remercier le Dr James du travail accompli.

Cela amène précisément une question ayant trait au travail du présent Comité, au cours des deux dernières années, sur la sécurité sociale et au rapport du Comité de la restauration, sous la présidence de M. Turgeon, eu égard aux divers rapports—le rapport du Dr Heagerty, le rapport du Dr Marsh et ces magnifiques documents qui nous viennent du Comité consultatif de la restauration. Or, qu'est-ce qui presse le plus dans le moment. J'ai parlé ici, l'autre jour, lors de la comparaison du Dr Davidson, des recommandations finales dans le rapport du Dr Marsh, et depuis, le Dr Davidson nous a fait connaître son opinion sur les priorités d'un système national de sécurité sociale complet, synthétique et détaillé, et voici comment il les pose: premièrement, un programme d'embauchage général; deuxièmement, l'élaboration de lois fixant les salaires minima en rapport avec un niveau de vie convenable; troisièmement, des allocations familiales, l'assurance de sécurité sociale et celle de sécurité sociale de retraite; puis, des services spécialisés de santé et de bien-être social.

En réponse à une question que j'ai posée à la page 305 des témoignages verbaux du Comité, il donne ainsi le détail des priorités:

1. Maintien du plus haut degré possible d'embauchage;
2. Etablissement de niveaux suffisants de salaire minimum;
3. Allocations aux enfants;
4. Assurance-santé;
5. Assurance de retraite pour les vieillards;
6. Assurance de survie;
7. Renforcement et extension du plan d'assurance-chômage.

Voici ce que je vous demande, docteur James: si vous vouliez faire des observations à ce sujet, approuveriez-vous, en général, la recommandation que le Dr Davidson a faite au Comité sur l'ordre de priorité, en vue de compléter le travail accompli par les comités parlementaires et votre comité, durant les deux dernières années?

Le TÉMOIN: Monsieur le président, je n'ai pris connaissance de l'ordre de priorité du Dr Davidson que ce matin, et je remarque tout de suite que le renforcement et le développement de l'assurance-chômage occupent un rang trop inférieur dans sa liste. Il les met à la dernière place dans le tableau, et je crois que dans les tout premiers temps de l'après-guerre, alors que le chômage temporaire pourra créer un grave problème, cela devra venir presque en tête de la liste.

Je me demande, monsieur le président, s'il me serait permis de prendre une minute ou deux pour projeter les problèmes de sécurité sociale sur le vaste écran de tous nos problèmes de restauration. A mon avis, le problème central

auquel nous aurons à faire face après la guerre, consistera à nous assurer que les gens aptes et disposés à travailler soient capables de trouver des emplois le plus tôt possible. Cette opinion se fonde sur deux raisons: d'abord, à moins que le revenu national du Canada ne soit beaucoup plus élevé que tous ceux que nous avons connus avant le début de la guerre, il nous est absolument impossible d'atteindre les idéaux discutés par ce Comité et le Comité consultatif de la restauration; ensuite, aucun plan de sécurité sociale ou d'assistance publique ne saurait être aussi salubre pour le moral de l'individu que le fait de se rendre compte qu'il joue un rôle utile dans la vie de la collectivité et qu'il gagne sa propre vie comme il l'entend.

Le Comité consultatif de la restauration se propose d'attaquer ce problème central de l'emploi par trois côtés à la fois. Premièrement, il doit y avoir une longue série d'entreprises, que je n'ai pas besoin d'examiner ce matin, grâce auxquelles l'industrie et l'agriculture privées sont censées réadapter promptement leurs services, à la fin du conflit, dans le but de fournir de l'emploi ainsi que la sorte de marchandises qu'il nous faudra dans l'après-guerre.

Deuxièmement, nous avons besoin d'un programme complet et détaillé concernant l'exploitation de nos ressources naturelles de façon à accroître la richesse du pays. J'emploie l'expression "exploitation des ressources naturelles" dans un sens très large. Nous n'avons pas encore fait de levé complet dans le Dominion de notre sol, de nos ressources minières ou forestières; et on me dit que si la situation continue à progresser à peu près à la cadence qu'elle a suivi de 1929 à 1939, il nous faudra environ six cents ans pour achever un levé détaillé et véritable de toutes les ressources du Dominion. Nous ne pouvons pas attendre six cents ans—du moins ceux d'entre nous qui participent aujourd'hui à la discussion. Le premier pas consiste à recueillir les données. Quand nous saurons quelles sont nos ressources naturelles, il nous faudra tracer des plans plus détaillés, afin de les administrer et de les employer plus utilement. Mais nous devons également tenir compte des ressources humaines. Nous devons fournir des logements à notre population, et cela veut dire qu'il faudra construire quelque 700,000 maisons au pays, au cours des dix prochaines années. Nous devons assurer un meilleur milieu collectif à ces maisons; il nous faut des routes et l'électrification rurale. Cette liste pourrait se prolonger indéfiniment, mais tout cela est compris dans le programme complet et détaillé concernant le développement des ressources canadiennes, dans lequel le fédéral, les provinces et les municipalités doivent travailler de concert pour élaborer des plans de grande envergure, qui seront exécutés après la guerre. Ces plans seront nécessaires pour fournir du travail, mais ils le seront également pour maintenir le revenu national, immédiatement après la guerre comme plus tard.

Reste le troisième point de l'attaque: un programme de bien-être social destiné à hausser le niveau physique, mental et culturel des Canadiens, c'est-à-dire la perspective d'atteindre le développement maximum dont ils sont capables en fonction des facteurs biologiques et mentaux. La biologie n'est pas démocratique; les gens ne naissent pas tous avec les mêmes aptitudes, mais nous pouvons aller beaucoup plus loin que nous ne le faisons actuellement pour assurer la chance à tous les enfants, à tous les garçons et les filles, et même à tous les hommes et les femmes du Canada, d'atteindre le maximum de développement de leurs facultés.

Un aussi vaste programme de bien-être social implique tout d'abord le maintien de la santé publique. Je n'énumère pas en ce moment les divers points par ordre de priorité; je me borne à exposer des principes fondamentaux. La protection de la santé publique, non seulement en ce qui concerne les soins médicaux pour l'individu qui tombe malade, mais au sens beaucoup plus large d'assurer que tout sera fait pour empêcher la maladie de se propager, est absolument essentielle. Cela comporte, entre autres choses, l'examen des logements, des services d'eau, de la destruction des matières d'égout, ainsi que

des recherches bactériologiques et épidémiologiques. Cela implique aussi l'amélioration de notre système d'éducation, qui suscite de si graves problèmes constitutionnels, mais j'expose ici le problème pour le Canada dans son ensemble; je ne définis pas simplement le devoir du gouvernement fédéral.

Le bien-être humain implique encore le vaste problème de l'assurance et de la sécurité sociales qui relève spécialement de ce Comité, monsieur le président. Le but de tout programme d'assurance sociale est de répartir de nouveau une partie du revenu national. Nous ne devons pas essayer de nous convaincre que l'assurance sociale augmente le revenu national dans une mesure considérable; cela peut, dans une région fort peu étendue, atténuer la rigueur des crises cycliques, mais il n'y a aucune preuve que l'assurance sociale accroît le revenu national, calculé en fonction de la production des marchandises et des services, sauf au sens de très longue portée que si nous éduquons chaque enfant d'une façon plus satisfaisant et si nous protégeons mieux la santé physique des adultes et des enfants, nous éviterons les pertes qui résultent actuellement de l'ignorance et de la maladie. Ce ne sont pas là des pertes sans importance. Si nous mesurons le temps en fonction de générations de vie humaine, un bon programme de sécurité peut avoir un effet profond sur le revenu et le bien-être nationaux du Canada, mais pour le moment, nous considérons les années qui suivront immédiatement la guerre, ce qui est beaucoup moins long.

Aux fins d'une période aussi courte, nous devons étudier l'assurance sociale comme une technique de nouvelle répartition. Elle enlève du revenu à ceux qui en ont en abondance pour le donner à ceux qui sont moins bien partagés. Il y a donc une question fondamentale que nous ne devons jamais oublier, savoir combien nous pouvons raisonnablement prendre sur le revenu national à cette fin. Il faut répondre clairement à cette question avant de déterminer les taux particuliers de prestation et de fournir divers types de protection. Nous savons que les risques sur lesquels porte l'assurance sont graves. Nous savons qu'un plan d'assurance sociale solide protège le bien-être physique et la vigueur morale de l'individu, s'il est bien administré, de sorte que la solution parfaite de ce problème exige que les considérations économiques et sociologiques soient bien équilibrées.

Il est évident que le problème ne saurait être résolu, en théorie, par des menaces de discussion. Le fait d'accorder un revenu annuel de \$5,000 à tous les membres de la collectivité peut, par exemple, échauffer nos élans de générosité, mais cela est impossible, d'après les marchandises et les services existants. Notre revenu national durant les premières années d'après-guerre, est le facteur croissant, et nous devons, dans tout plan de sécurité sociale, mettre notre progrès en corrélation avec la situation actuelle de l'industrie et de l'agriculture. L'objet de la sécurité sociale n'est pas d'encourager le chômage; elle doit viser à augmenter les chances d'emploi pour les individus qui, sans qu'il en soit de leur faute, sont incapables de gagner leur vie.

En abordant le problème sous cet angle et en admettant, comme le premier ministre l'a fait remarquer à la Chambre, il y a quelque jours, qu'à la fin de la guerre le Canada devra trouver de l'emploi pour quelque 2,000,000 de personnes, le premier desideratum est, à mon avis, d'élaborer un vaste programme d'assurance-chômage qui s'occupera, pendant les mois requis pour effectuer les déplacements, de tous ceux qui perdront leur emploi dans une industrie de guerre parce que celle-ci ferme ses portes, ou de tous ceux qui sortiront des forces armées en conformité des dispositions de l'arrêté C.P. 7633.

Deuxièmement, par ordre de priorité, je suis porté à mettre la santé publique au sens le plus large de protéger la santé de la collectivité. Ces deux choses sont essentielles pour faire face à la situation qui surgira immédiatement après la guerre.

Troisièmement, vient de nombreux groupes de propositions comportant le maintien de niveaux de vie familiaux, y compris les allocations aux enfants.

Je signale, cependant, que le paiement d'allocations aux enfants ne constitue qu'un moyen d'aborder le problème. On peut maintenir la santé des enfants et le bien-être de la famille en versant des paiements en espèces; mais on peut faire la même chose en assurant une assistance suffisante sous d'autres formes, par l'entremise de la machine gouvernementale ordinaire. On pourrait donner des repas gratuits dans les écoles (surtout dans les régions rurales du pays), établir des pensions gratuites qui seraient peut-être nécessaires par suite des difficultés de transport dans les régions peu peuplées. Cela permettrait de réduire considérablement le montant d'argent dont on pourrait avoir besoin dans un programme d'allocations aux enfants, et c'est pourquoi je préfère considérer le maintien du revenu familial comme une vaste question susceptible d'être abordée de plusieurs façons différentes ou combinées.

Ces trois choses, assurance-chômage, mesures de santé publique et maintien de niveaux de vie familiaux, me semblent, monsieur le président, les trois points les plus pressants de l'assurance sociale, mais je n'ai pas d'opinion arrêtée sur la priorité relative des autres articles du programme.

M. Fulford:

D. Dans quelle mesure le parlement anglais a-t-il discuté les propositions exposées dans le rapport Beveridge, et combien, le cas échéant, en a-t-on recommandé, ou en a-t-on mis réellement à exécution?—R. Je crains de ne pouvoir répondre à cette question avec autorité. Il y a quelques semaines, aucune d'entre elles n'avaient encore, autant que je sache, été mises en pratique; elles ont été discutées.

L'hon. M. Mackenzie:

D. Il y a un livre blanc?—R. Ai-je raison de dire que ces propositions n'ont pas été mises à exécution?

D. C'est exact.—R. On les a discutées en vue d'apporter des modifications appropriées au plan qui est actuellement en pratique, et un livre blanc a été publié.

M. MAYBANK: Le livre blanc a paru au cours des derniers dix jours.

L'hon. M. MACKENZIE: Oui.

M. Bruce:

D. Je voudrais demander au Dr James si la Grande-Bretagne a adopté un système d'allocations familiales?—R. Pas que je sache, monsieur Bruce.

D. Deuxièmement, je demanderais au Dr James s'il croit qu'il existe une méthode de s'assurer que l'argent ainsi voté parviendra à l'enfant, ou s'il n'y a pas de chance qu'il soit dissipé en cours de route?

Le PRÉSIDENT: Je ne crois pas que ce soit là une question à poser.

Le TÉMOIN: Je voudrais faire une remarque. Je ne suis pas plus en mesure que mon voisin de vous promettre que si vous donnez de l'argent à John Jones, il sera dépensé comme vous le voulez, mais j'ai confiance dans l'affection et la loyauté familiales. Bien qu'il n'y ait pas de système d'allocations familiales en Grande-Bretagne, le gouvernement anglais a, malgré tout, réalisé durant cette guerre, un magnifique programme de soin de la santé infantile. Le projet des repas gratuits à l'école, ainsi que du lait gratuit pour toutes les familles ayant des enfants, et des vacances gratuites pour celles qui étaient incapables d'envoyer leurs enfants à la campagne, a été mené à bonne fin. Ce programme a littéralement fait des merveilles.

Bien qu'il soit parfaitement vrai que les racontars vont bon train à Londres, et que l'on y trouve probablement des exemples de familles qui ont échangé leur ration de lait contre une ration de gin, à travers la clôture de l'arrière-cour, la situation générale indique une augmentation dans la taille et le poids des enfants des bas quartiers, au cours de la guerre, c'est-à-dire pendant une période de raids

aériens et de beaucoup d'autres tribulations, alors que l'on avait toutes les raisons du monde de s'attendre à la baisse de la santé physique. L'amélioration constatée dans la santé de ces enfants durant les quatre dernières années, atteste bien le fait que ces plans fonctionnent réellement. J'ajouterai un autre point qu'il ne faut pas perdre de vue: la collectivité locale, que nous avons parfois sous-estimée au Canada, constitue une conscience politique très puissante pour chaque individu qui s'y trouve. Si ces entreprises sont administrées par un organisme régional, composé de citoyens de la localité, qui connaissent bien les habitudes, les aptitudes et les capacités des gens auxquels ils ont affaire, la possibilité de détourner des fonds de leur fin propre diminuera très rapidement, après être partie d'un niveau peu élevé.

M. Bruce:

D. Afin de préciser davantage ce qui vient d'être dit, je suppose que la Grande-Bretagne ne donne pas de subventions en espèces, mais des services d'alimentation supplémentaires? Je me souviens d'avoir remarqué, lors d'un voyage en Angleterre, il y a quinze ans, que l'on fournissait de la nourriture aux enfants dans les écoles, et c'est un fait que, dans la présente guerre, je crois, 80 p. 100 des hommes appelés sous les armes, étaient aptes au service, tandis qu'il n'y en avait que 33 ou 35 p. 100 à la dernière guerre—je ne suis pas certain des chiffres. Mais il y a un autre aspect à la question. Ne croyez-vous pas que l'augmentation de nos services sociaux d'alimentation pour toute la population du pays, de façon à faire bénéficier les enfants de la nourriture comme du logement, etc., serait un meilleur moyen de faire face à la situation que les bonis en espèces?—R. Je suis bien prêt à admettre que les deux sont dans une très grande mesure interchangeables, comme je l'ai dit tantôt, mais je ne suis pas sûr que vous puissiez remplacer entièrement les allocations en espèces par le logement à bon marché, l'électrification rurale, les repas gratuits à l'école et les pensions gratuites dans les régions peu peuplées, par exemple. Vous pouvez ainsi réduire les bonis en espèces à un niveau très bas, mais je ne suis pas convaincu en ce moment qu'il vous soit possible de les supprimer complètement dans le cas des grosses familles. C'est l'opinion que j'émetts à titre de suggestion, mais je resterais accessible à la conviction quand on aura élaboré un plan détaillé sur cette importante assistance.

M. Maybank:

D. Savez-vous si dans les endroits où il y a des allocations familiales en espèces, on a eu l'occasion, une fois la loi mise en vigueur, d'étudier à fond le problème posé par le Dr Bruce, et si on s'est heurté aux difficultés qui pourraient se présenter, selon lui?—R. Non, je ne le sais pas. Les deux seuls exemples d'allocations aux enfants qui me soient familiers, sont le plan de la Nouvelle-Zélande et le plan de l'assurance-chômage britannique (qui verse un boni supplémentaire pour les enfants, si un homme est sans travail). Tout en admettant nécessairement qu'il puisse y avoir détournement de fonds dans quelques cas, l'un et l'autre plans donnent en général satisfaction. Il n'est pas question d'abolir le plan, d'après ce que j'ai entendu dire.

D. Entre ces deux sortes d'allocations aux enfants—celle de l'assurance-chômage et celle des allocations familiales—il y a cette différence que dans le dernier cas l'allocation est toujours versée à la mère, tandis qu'elle l'est à la personne sans emploi, dans le premier?—R. Oui.

D. Nous essayons d'éviter les détournements en la donnant à la femme.

M. Gershaw:

D. Je me demande si le Dr James voudrait nous indiquer comment maintenir le revenu national? Ainsi, une grande partie de la population dépend des marchés pour la vente des produits agricoles, les prix des produits agricoles et les revenus de la terre, et il me semble que nous devons tracer des plans pour

conserver ce revenu, autrement nous ne pourrions pas le dépenser. Pourriez-vous nous donner quelque idée en ce sens?—R. C'est là un vaste sujet, monsieur le président. Je vais tâcher d'exposer mes idées d'une façon schématique, et si je ne touche pas d'aspects d'intérêt particulier, j'espère que vous aurez l'amabilité de poser des questions précises. Je vous ai fait remarquer, il n'y a pas bien longtemps, qu'à l'avis du Comité consultatif de la restauration, il nous faudra un revenu national de sept milliards et demi de dollars en chiffres ronds (d'après les niveaux actuels) pour maintenir un niveau de vie convenable et une prospérité raisonnable au Canada, après la guerre. Ce chiffre est plus que le double du revenu national le plus élevé du Canada avant la présente guerre, mais il est de 10 ou 15 p. 100 moindre que notre revenu national actuel. Je n'ai pas besoin d'insister sur le fait manifeste qu'il est beaucoup plus facile d'accroître le revenu national en temps de guerre qu'en temps de paix, pour la simple raison que pendant la guerre le gouvernement fédéral constitue le plus gros acheteur et qu'il y a un marché illimité pour un grand nombre de produits typifiés qu'il est assez facile de fabriquer une fois les usines organisées. Il n'est pas aussi facile de maintenir la production après la guerre. La demande de marchandises, si nous pensons toujours en fonction d'un pays libre et démocratique, varie considérablement par suite de la diversité des goûts humains, tant au point de vue géographique que professionnel et personnel. La production d'une telle variété de marchandises suscite toutes sortes de problèmes locaux et techniques, de sorte qu'il est indispensable d'encourager toutes les entreprises commerciales, le petit atelier régional qui emploie cinq hommes comme la grosse compagnie qui en emploie cinq mille, pour donner suite aussi rapidement que possible aux plans dont elles disposent concernant la production des articles qu'elles sont aptes à fabriquer. Je ne crois pas que le gouvernement puisse faire grand'chose en vue de la réadaptation de l'entreprise privée, mais le ministre des Finances en a facilité le procédé, dans le présent budget, en permettant de déduire les frais de plans. La politique financière du gouvernement pourrait faire davantage en variant d'une façon appropriée le dégrèvement sur le revenu imposable, accordé pour le vieillissement et la dépréciation, ainsi que les taux d'impôt sur les bénéfiques des compagnies. Je crois que ces deux théories ont été proposées il y a une dizaine d'années par M. Dunning, alors qu'il était ministre des Finances.

Le but de cette mesure est d'encourager le développement des affaires durant les périodes où cela est nécessaire, et de l'empêcher lorsqu'il y a danger de vague soudaine de prospérité. Les meilleures analyses économiques que nous trouvons au pays, de même qu'aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, indiquent, en chiffres ronds, que pour maintenir un haut niveau de prospérité, la somme des placements d'un pays (c'est-à-dire les frais concernant les biens d'immobilisation par opposition à ceux des biens de consommation) doit s'élever à environ un cinquième du revenu national. Si, par conséquent, le revenu national que nous avons en vue est de sept milliards et demi de dollars par année, il faudra que la somme de nos placements annuels se chiffre à un milliard et demi.

Il est très peu probable, cependant, que les entreprises commerciales fassent en sorte, par coïncidence, de placer exactement, chaque année, la somme d'un milliard et demi de dollars, et c'est pour cette raison que le deuxième point du programme de restauration comporte des placements gouvernementaux (ou publics) qui seront affectés en temps voulu et en sommes appropriées à des projets directement utiles à la collectivité. Ces projets pourront être utiles au point de vue strictement financier, comme dans le cas de la protection de nos forêts, la découverte et l'utilisation de nos mines, l'amélioration de nos ports et de nos havres, la construction de logements convenables et l'électrification rurale. Ils peuvent être inutiles à ce point de vue, mais profitables au sens très large de l'humanisme social esthétique, quand il s'agit d'embellir et de prendre soin des campagnes, de trouver de l'espace pour les centres de récréation, d'améliorer les services d'éducation et de faire les dépenses nécessaires à la santé

publique. Grâce au concours de l'initiative privée et des placements publics, je suis assuré que le Canada peut conserver un degré satisfaisant de revenu national, et je me ferai un plaisir de répondre aux autres questions particulières plutôt que de prendre le temps de discuter chacun de ces problèmes en détail.

M. McCANN: Combien de temps le Canada peut-il maintenir ce revenu de sept milliards et demi?

Le TÉMOIN: Indéfiniment. Nous avons, cependant, omis un problème particulier qui complique la situation, et c'est celui des relations du Canada avec le reste du monde en ce qui concerne le commerce international, problème qui a toujours été d'une très grande importance pour l'agriculture, l'industrie forestière et l'industrie minière du Canada.

Je ne crois pas que le commerce international présente tout de suite un grand problème, c'est-à-dire pendant les cinq ou dix années qui suivront la guerre. (Je n'ai pas la prétention d'avoir de visions prophétiques de longue portée.) Je ne crois pas que l'industrie des produits alimentaires offre beaucoup de difficultés au Canada durant les premières années d'après guerre. Si nous voulons être à la hauteur du rôle que le Dominion doit jouer dans la réorganisation du reste du monde, conformément aux idéaux de notre premier ministre et d'autres chefs internationaux, il nous faudra peut-être *augmenter* notre production alimentaire. Les économistes agricoles me disent que l'on ne produit pas actuellement (ainsi qu'avant 1939) dans tout l'univers assez de vivres pour assurer un niveau de vie convenable aux populations de l'Amérique du Nord et du Sud, de l'Europe et de l'Asie, même si nous désirions le faire. Nos alliés et nous devons subvenir aux besoins de quelque 300,000,000 de personnes en Europe occupée et à quelque 400,000,000 en Asie occupée. Si nous parlons sérieusement de hausser les niveaux de vie internationaux, notre pays devra peut-être faire des prêts d'immobilisation en quantité. Une grande partie de ces immobilisations seront affectées à l'achat d'aliments pour nourrir les ouvriers qui fabriqueront du nouveau matériel dans les pays emprunteurs, et le Canada devra exporter ces denrées, de sorte que je ne suis pas porté à croire que nos problèmes agricoles seront critiques immédiatement après la guerre, si le plan de l'UNRA se réalise et si le Canada y prend part.

Après ces deux ou trois années, la situation agricole peut devenir critique. Les autres pays du monde auront alors, dans une grande mesure, rétabli leur productivité agricole. Ils auront peut-être encore besoin de certaines fournitures canadiennes, mais l'étendue de leurs demandes sera réduite. En essayant de prévoir la nature de cette période secondaire, cependant, il ne faut pas perdre de vue que la population agricole de notre pays a rapidement diminué durant la guerre actuelle. Si nous calculons cela en fonction de groupe d'âge, le nombre des jeunes gens et jeunes filles a diminué encore plus rapidement sur les fermes, et ce n'est que par suite d'améliorations incroyables dans le rendement agricole que la production est parvenue à augmenter. Nos cultivateurs produisent actuellement plus de vivres que jamais avec moins de main-d'œuvre, et je ne crois pas qu'il soit raisonnable de laisser entendre que nous devons renoncer à ce progrès après la guerre. L'un des moyens de hausser le niveau de vie des cultivateurs consiste à augmenter, comme nous l'avons fait, la productivité agricole. Si nous conservons cette allure, si nous devons avoir un nombre moins élevé de familles de cultivateurs, travaillant avec plus de matériel et de rendement afin de subvenir aux besoins d'une population industrielle sensiblement augmentée, nous verrons que notre consommation domestique de produits agricoles sera, en proportion de la production totale, beaucoup plus considérable qu'avant la guerre, et que l'importance des marchés étrangers en ce qui concerne nos matières premières sera moindre dans les dix ans qui suivront la présente guerre que dans les dix ans qui ont suivi la dernière.

M. Wright:

D. Vous avez répondu à une question que la première considération après la guerre sera de voir à ce qu'il y ait du travail et que ce travail se base sur les ressources naturelles du pays et la demande de ces ressources. Je voudrais vous demander si vous croyez que ces ressources naturelles ont été exploitées d'une façon intelligente, dans le passé; je veux dire, premièrement, par rapport à leur meilleur usage par la population canadienne dans son ensemble. Ne les a-t-on pas plutôt développées dans le but d'obtenir le plus gros revenu immédiat possible, sans se soucier qu'on les emploie au Canada ou qu'on les exporte? Est-ce que cela n'a pas été la base du développement de nos ressources jusqu'ici? Deuxièmement, par rapport à leur conservation, avons-nous, sous le présent régime, essayé de conserver nos ressources, ou n'avons-nous pas plutôt, en ce qui concerne nos ressources forestières, consacré nos efforts au domaine où nous pouvions obtenir le rendement le plus rapide et gagner le plus d'argent, sans nous occuper d'employer ces ressources au pays ou de les exporter—travail en vue du revenu rapide—et cela est également vrai de nos ressources minières. Nous ouvrons une mine et nous en extrayons le meilleur minerai par la méthode la plus rapide que nous connaissions, au lieu d'avoir un programme de longue portée sur la conservation de ces ressources?—R. A tout prendre, je crois qu'il est vrai que le Canada n'a pas eu de programme national conscient concernant la conservation de ses ressources. Le degré d'exploitation scientifique a dépendu en très grande partie de la sagesse de l'entreprise qui exploitait les ressources. Quelques-unes des grosses compagnies, voyant loin dans l'avenir, ont procédé plus scientifiquement que certaines petites compagnies qui manquaient de capital et qui se sont lancées dans l'exploitation pour en retirer tout ce qu'elles pouvaient. Mais il ne faut pas oublier en faisant cette généralisation, qu'à venir jusqu'à une vingtaine d'années passées, on supposait dans tous les pays du monde que les ressources naturelles étaient illimitées et que l'on pouvait les exploiter sans nullement penser à l'avenir. Toute la conception des ressources comme une valeur susceptible d'être gaspillée et le projet de les utiliser de façon à réduire le gaspillage au minimum, est en réalité une découverte des vingt dernières années sur ce continent et dans la plupart des pays d'Europe. Aujourd'hui, nous avons conscience de la responsabilité qui nous incombe d'élaborer pour l'ensemble du Dominion un programme plus complet et plus scientifique que tout ce que l'on a réalisé jusqu'ici dans les autres pays, même la Suède que l'on cite toujours comme modèle sous ce rapport, simplement parce qu'elle a été plus sage que la plupart des nations.

D. Pouvez-vous nous dire comment nous parviendrons à conserver ces richesses au Canada?—R. Sans aucun doute. Permettez-moi d'abord de faire abstraction pour le moment de la question légale des droits du gouvernement fédéral et des provinces, puisque c'est là un problème juridique et non pas économique. Le premier pas est de faire aussi vite que possible un levé détaillé de l'ensemble du Dominion au point de vue des forêts, des ressources minières et de la qualité de notre sol, et de faire en même temps le levé de nos rivières, de nos lacs et de nos littoraux. Ce levé consistera simplement à recueillir des faits, mais ces faits sont la base indispensable de notre programme pour l'avenir. En ce qui concerne les ressources minières qu'il est impossible de remplacer, il nous faut trouver un plan qui nous permettra de les employer avec le plus d'économie possible, et il serait peut-être bon d'examiner avec soin dans quelle mesure le Canada pourrait avantageusement *importer* au lieu d'*exporter* des produits miniers. En considérant les choses de loin, le pays qui importe ses produits miniers de l'étranger et conserve ses propres richesses, agit probablement avec sagesse.

Quant aux forêts, il y a une grande quantité de renseignements de disponibles, entre les mains du Forestier du Dominion, par exemple. La sylviculture est devenue une science reconnue, de sorte qu'il n'y a pas de discussion au sujet

des meilleures méthodes de la première conservation. Mais l'application de cette science exige des fonds considérables, et il est nécessaire de prendre cette question en main immédiatement. On m'apprend que, tout en étant grandement absorbé par la guerre actuelle, le gouvernement russe a pris les mesures nécessaires pour réduire les feux de forêt et les a, en réalité, réduits de plus de moitié depuis le début de la guerre. Plus encore que de la prévention des feux, nous avons besoin d'une meilleure administration de nos forêts et de nos cours d'eau, afin de protéger la vie sauvage et de supprimer la menace contre la vie et la santé, qui résulte de la négligence qui se manifeste dans nos systèmes d'égout actuels. Il ne faut pas oublier non plus que les forêts et les cours d'eau sont une source de revenu dans la vaste industrie touristique du Canada. Les progrès réalisés par le Manitoba en vue de la conservation des animaux à fourrure dans les marais en aval de la rivière Saskatchewan, constituent un bel exemple de ce que peut faire une seule province; c'est une expérience qui offre l'une des rares solutions pratiques du problème des Indiens du Canada.

Ce sont là les grands traits des mesures qui doivent être prises par les divers ministères gouvernementaux du pays et par les diverses entreprises privées.

D. Diriez-vous que nous ne pouvons pas continuer comme par le passé à permettre l'exploitation de nos ressources minières en vue du gain immédiat, qu'il nous faut voir plus loin que cela et tracer des plans à l'avenir? Croyez-vous que l'entreprise privée soit capable de mener ces plans à bonne fin?—R. Je crois que l'entreprise privée peut accomplir énormément en ce sens.

D. Elle n'a pas exploité nos ressources d'une façon intelligente dans le passé. Je me demande si celles-ci peuvent l'être avec intelligence à l'avenir, sans certaines régies?—R. Le problème général de tracer des plans en vue de la conservation relève du gouvernement; cela ne concerne pas l'entreprise privée. D'après moi, les gouvernements fédéral et provinciaux devront, après avoir fait leur levé, dire dans quelle mesure ils veulent faire exploiter les diverses régions à un moment donné. Cela est nécessairement une décision publique. Mais en ce qui concerne le développement de ces régions, je doute beaucoup que le gouvernement puisse ajouter à la capacité d'exploitation manifestée par nos meilleures compagnies commerciales.

M. McCann:

D. Admettez-vous ce qu'à dit M. Wright, savoir que les ressources naturelles du Canada ont été exploitées en vue du gain individuel plutôt qu'en vue des besoins du pays?—R. Non, je n'ai pas dit cela. J'ai dit que leur exploitation ne s'était pas basée sur des plans de longue portée pour la conservation, dans l'industrie des besoins futurs.

D. Ce que nous avons entendu au cours des quelques minutes qui viennent de s'écouler, est intéressant, mais je crois que la discussion a porté sur la restauration plutôt que sur la sécurité sociale qui nous intéresse sans doute plus particulièrement. Maintenant que notre pays s'est lancé dans un programme de paternalisme de plus en plus vaste, l'une des objections que je formule moi-même et que j'ai entendu soulever par un grand nombre de personnes, est celle de la pluralité de méthodes auxquelles on a eu et on aura recours pour recueillir les contributions nécessaires à la mise en vigueur des mesures de sécurité sociale. Or, on a dit que si notre pays commençait à neuf, la chose ne présenterait pas les difficultés que nous connaissons actuellement. Naturellement, aucun pays n'a commencé à mettre ces diverses mesures en pratique par un processus d'évolution. Pourriez-vous recommander au Comité une méthode qui permettrait d'unifier la perception des différents éléments dont nous avons besoin pour mettre en vigueur les mesures de sécurité sociale que nous avons en vue? Ainsi, une objection que nous entendons sur les lèvres de l'ouvrier, est que l'on prélève sur son salaire un montant pour l'assurance-chômage, un

autre pour le système de cotisations des pensions de vieillesse, et nous aurons une multitude de déductions, lors de la mise à exécution de ces mesures. Avez-vous quelque chose à proposer au sujet d'un système unique de perception des diverses contributions?—R. La réponse est très simple en théorie, car il n'y a là que des difficultés de juridiction et d'administration parlementaire. L'idéal logique et bien défini de tout individu qui a abordé ce problème sans parti pris, serait de conseiller une seule déduction. Il y a le système de la Nouvelle-Zélande. Cette déduction uniforme (qui n'a pas besoin d'être le 5 p. 100 de la Nouvelle-Zélande) serait faite avec impartialité à toute personne qui reçoit un revenu. Elle est facile à recueillir, car elle signifie que le pourcentage doit être prélevé sur tout revenu versé, qu'il s'agisse d'intérêt sur des obligations, de chèques de salaire ou de dividende. Ce système a tout en sa faveur, selon moi. Il signifie que l'individu contribue, dans la mesure de sa capacité de payer, à ce qui est après tout une responsabilité sociale. Je voudrais faire remarquer, cependant, que tout en approuvant le système de perception unique et centralisé des contributions, je préconise fortement l'administration locale de tout plan d'assurance sociale. Je serais très inquiet de voir que nous entendons mettre sur pied au pays un organisme d'Etat totalement centralisé, qui tenterai de décider des besoins précis de chaque famille dans tout canton qui demande du secours, une bureaucratie qui déterminerait si John Jones a droit à la prestation pour un autre trimestre ou si Mme Brown est autorisée à recevoir une pension de veuve. Les décisions de ce genre doivent relever des organismes régionaux, et plusieurs types d'organisation locale sont possibles. J'avoue que l'un des plans que j'ai entendu proposer, me sourit beaucoup. Ce plan prévoit la création de comités locaux de sept membres, affectés à des régions bien définies dans chaque province, et composés de trois personnes élues par les habitants de l'endroit, de deux citoyens éminents de cette localité, nommés par le gouvernement provincial, et de deux autres membres qui, sans être nécessairement de l'endroit, seraient des spécialistes désignés soit par le gouvernement provincial, soit par le gouvernement fédéral. Un plan de ce genre, qui confie le pouvoir administratif à un comité local et le rend en partie responsable envers les citoyens de la région, offre de grandes possibilités.

M. Mayhew:

D. On a fortement insisté sur la restauration et la réorganisation, ainsi que sur le rôle que doit jouer l'industrie. Je remarque que vous avez appuyé là-dessus aujourd'hui. Je pense que le Canada est en ce moment en assez bonne posture au point de vue industriel. L'industrie du papier-journal, par exemple, est parfaitement en mesure de produire tout le papier-journal que nous pouvons employer ou exporter; les compagnies de machines agricoles sont capables de produire tous les instruments aratoires qui sont nécessaires. Il est probable qu'il en est ainsi des appareils de T.S.F., des laveuses mécaniques, et de bien d'autres machines que je pourrais citer. En ce sens, donc, que pensez-vous que l'industrie puisse faire pour se développer davantage et reprendre et réembaucher les hommes qui reviendront d'outre-mer?—R. Cette question demande une analyse minutieuse et passablement détaillée, si l'on veut se prononcer sur chaque industrie; mais les divers exemples que j'ai vus dernièrement, semblent indiquer que l'industrie des produits chimiques offre des possibilités de progrès considérables. Il y a aussi le domaine général de l'industrie du bâtiment, et je ne fais pas ici uniquement allusion à l'industrie des entrepreneurs, mais à la fourniture de nouveaux matériaux pour les murs ou les planchers, les installations électriques, etc. Si j'ai bonne mémoire, moins de 10 p. 100 des maisons du Canada, exception faite des grandes villes, n'ont pas du tout d'électricité, actuellement. Si vous songez aux radiateurs, aux réfrigérateurs, aux radios, aux laveuses, etc., vous constatez qu'un nombre considérable de ces appareils seront en grande demande, à supposer que nous parvenions à réaliser le genre de société

dont nous parlons. L'industrie du vêtement aura fort à faire pour habiller convenablement la population du Dominion. Il y a aussi l'industrie du téléphone, l'industrie de la télévision, la production de tissus synthétiques de toutes sortes. Il y a encore l'industrie du meuble. Ce sont là quelques-unes des industries qui me viennent à l'idée. Je dois dire que toutes les industries avec lesquelles j'ai été en relation au cours des quatre dernières années, ont élaboré des plans en vue de réorganiser leurs activités et de leur donner plus d'envergure qu'en 1939.

D. Cela répond jusqu'à un certain point à la question; mais ne faudrait-il pas encore beaucoup de recherches, que nous ne sommes pas prêts à entreprendre en ce moment, pour utiliser les déchets des industries du bâtiment, des scieries, et des fabriques de pâte à papier—qui pourraient servir à faire des planches—; et il y a aussi la question du développement des engrais chimiques; sommes-nous prêts à cela? Avons-nous fait assez de travail de recherche pour mettre cela en œuvre immédiatement après la guerre?—R. Je dois dire sans aucune hésitation que l'on fait beaucoup de recherches en ce sens. Il se fait une énorme quantité de recherches chimiques en vue d'utiliser les déchets agricoles. Un bon nombre de compagnies de papier et de pâte à papier ont effectué des recherches approfondies pour fabriquer des matières plastiques ainsi que pour améliorer leurs produits ordinaires. L'industrie des produits chimiques s'est tracé un programme de recherches très considérable. Je connais deux des plus grosses compagnies minières qui ont accompli énormément, et je suis sûr qu'il se fait actuellement beaucoup de recherches dans chacune de nos industries canadiennes.

D. Cela nous amène à la question dont j'espérais que vous parleriez. Ne serait-il pas opportun que le Service des recherches d'Ottawa établisse une division dans les universités des diverses provinces du Canada pour permettre à ceux qui les habitent de tirer pleinement profit des travaux de recherche?—R. Je doute que cela soit nécessaire, mais je n'y vois pas d'inconvénient.

D. Le Canada est un pays très étendu, et certains de nos citoyens doivent franchir de grandes distances pour venir à Ottawa.—R. Je le sais; j'ai traversé le pays au moins une fois par année depuis que je suis ici. Le Conseil national des recherches se trouve aujourd'hui, géographiquement parlant, à Ottawa, mais une grande partie de son travail se fait dans les diverses universités et non pas à Ottawa. Je ne connais pas une université au Canada, de celle de la Colombie-Britannique à celle de Dalhousie, qui n'a rien à voir avec l'un ou l'autre des programmes de recherches actuellement en cours. Je ne crois pas que nous fassions prospérer les recherches en instituant une division spéciale dans chaque université, mais je crois que nous pouvons améliorer les contacts entre les savants et le grand public.

D. La même chose.—R. A ce sujet, je ne saurais dire tout de suite quelle est la meilleure méthode, car rien n'est plus dangereux que de nommer un homme qui serait une sorte de conseiller général des recherches dans une localité; il serait sujet à être un vendeur, et non un bon savant. Je crois qu'il vaudrait mieux inculquer au public l'idée que nos nombreuses universités sont toutes en relation avec le Conseil national des recherches et encourager les hommes d'affaires de Vancouver, par exemple, à soumettre à l'Université de la Colombie-Britannique les problèmes qui devraient être étudiés, à condition que ces problèmes soient transmis au Conseil des recherches, si l'on ne peut les résoudre à Vancouver. Je crois que la véritable déféction que vous avez en vue et qui m'a intrigué, moi aussi, est que les affaires ne se sont pas tenues en contact assez étroit avec la science, au Canada. Cette situation a changé dans une certaine mesure durant la guerre, et j'espère que nous pouvons maintenir des relations intimes entre le monde des affaires et toutes les universités, en nous appuyant sur la base de collaboration qui existe déjà entre celle-ci et le Conseil national des recherches.

M. Blanchette:

D. D'après vous, est-ce que les services sociaux de protection de l'enfance, proposés par le Dr Bruce, coûteraient moins cher et seraient aussi efficaces en général que les paiements en espèces sur les allocations familiales?—R. Jé doute que cela coûte moins cher. Je crois que si nous ne devons pas exécuter le plan prévu par les allocations familiales, il coûterait tout aussi cher d'établir un programme semblable d'assistance directe. Ce programme serait peut-être un peu plus efficace au début; mais, comme je l'ai dit en réponse au Dr Bruce, je crois que si le pouvoir administratif est confié carrément à un comité local responsable, il faudra un fiéffé dur à cuir pour essayer de faire un mauvais usage des fonds accordés.

Mme Casselman:

D. Je voudrais demander au Dr James s'il croit que Radio-Canada pourrait faire plus qu'à présent pour signaler les résultats des recherches à l'attention du public?—R. Parfaitement, mais cela est difficile. J'ai vu ce matin dans la *Montreal Gazette* une annonce de l'une de nos brasseries au sujet du R.D.X. Il s'agissait d'une description très dramatique, conçue par un des membres du bureau de publicité, et je suis certain que beaucoup de gens la liront. Il faut en quelque sorte un publiciste pour décrire les recherches, car le savant est rarement capable de faire une nouvelle intéressante avec ses travaux.

D. Tout est là, je crois: on ne peut le faire comme il faut. Mais dans la presse, c'est tellement condensé, que cela ne dit pas grand'chose au profane. Je me demandais si le Conseil national des recherches ou votre division universitaire pourraient se mettre en communication avec Radio-Canada et faire diffuser une série quelconque de programmes que l'homme moyen comprendrait plus facilement?—R. Cela vaut la peine d'être essayé.

M. Mayhew:

D. L'homme d'affaires ordinaire qui emploie cinq à dix ouvriers dans son commerce, croit que le Conseil national de recherches d'Ottawa ne s'intéresse pas à son entreprise, et il lui arrivera très rarement de songer même à profiter de ses services et à lui demander de l'aide. Depuis mon arrivée ici, j'ai observé plusieurs exemples de ce fait, en essayant d'obtenir de l'aide pour le petit industriel qui emploie probablement un ingénieur mécanicien pour résoudre ses difficultés, et je crois que si l'on pouvait porter à l'attention du public que ce Conseil de recherches est prêt à aider ces hommes à résoudre leurs problèmes, cela rendrait un grand service à la production dans tout le Canada.

M. Maybank:

D. Je veux passer à une autre partie de l'exposé qu'a présenté le Dr James, lors de sa première comparution. Vous vous rappelez que vous avez fait observer, au sujet de l'exposé du Dr Davidson, que vous auriez placé l'assurance-chômage en tête de la liste, et je me demande alors qu'est-ce que vous avez exactement dans l'idée concernant le développement ou l'amélioration du programme d'assurance-chômage du Dominion? Voulez-vous dire que nous devrions l'accroître—en étendre le cercle—ou qu'il faudrait le compléter de quelque façon dans certains cas? Qu'entendez-vous par renforcement du programme d'assurance-chômage? Je crois que vous placez cette mesure à peu près au deuxième rang.—R. Je la mets au premier sur la liste. Je songeais à deux problèmes qui, je crois, seront critiqués durant les premières années de l'après-guerre et auxquels le gouvernement devra alors faire face. Premièrement, il y a certains groupes de la collectivité qui ne se trouvent pas actuellement protégés par l'assurance-chômage, mais qui peuvent être sans travail; deuxièmement, il y a le groupe de ceux qui sont protégés par cette assurance, mais il comprend certains membres qui ont droit d'en bénéficier pendant si peu de temps que les paiements cesseront avant qu'ils trouvent de l'emploi.

D. Le montant de leurs prestations est donc si modique?—R. Oui. Ces deux problèmes me semblent plutôt graves. Je préférerais ne pas attendre que la fin de la guerre et le chômage éventuel forcent le gouvernement à accorder à ces gens une allocation quelconque pour leur permettre de s'en tirer. Il vaut certainement la peine d'étudier la possibilité d'établir un plan d'assurance-chômage universel, qui s'appliquerait à tous les citoyens du pays et définirait d'une façon uniforme la période de prestation pour tous les membres. Ceux que le plan protège déjà s'y opposeront peut-être; il est possible qu'ils ne veuillent pas amoindrir leur protection en admettant d'autres membres, et qu'ils s'offusquent de l'idée de ne recevoir de prestations qu'en proportion des cotisations.

D. Naturellement, beaucoup de gens pensent qu'il y aura de l'herbe dans toutes les rues de nos villes, avant qu'ils obtiennent des prestations—les vieux employés de chemin de fer et ceux qui font partie des bureaux exécutifs des maisons d'affaires et des banques, par exemple. Le fait d'accroître immédiatement le plan et de recueillir les contributions dans un cercle plus étendu, présenterait évidemment cette difficulté; mais quelles que soient les difficultés, il conviendrait, selon vous, d'agrandir le cercle. De fait, vous y engloberiez tout le monde et vous demanderiez aux membres ou à leurs employeurs de mettre les contributions à date. Et les autres: prenez par exemple le cas de John Doe qui n'a pas travaillé bien longtemps et qui, par conséquent n'a pas droit à une prestation-chômage très considérable, d'après le grand livre. Il faudrait faire quelque chose pour compléter cela à même la réserve qui lui est actuellement assignée?—R. Oui.

D. Surélever la réserve pour que tout le monde reçoive un certain montant, et ce montant serait calculé d'après les besoins éventuels de la situation, le service particulier de l'assuré, son propre problème de chômage?—R. Je ne sais pas que j'irais si loin. Je ne propose pas de changements dans les taux pour le moment.

D. Non, non.—R. Les taux resteraient les mêmes et la modification que je recommande est simplement que si John Doe n'a pas travaillé bien longtemps, de sorte que le montant de ses prestations est peu considérable, et qu'il est impossible, par suite d'une crise générale, au bureau de placement de lui trouver un emploi (ou que cela lui est impossible à lui-même) avant trois mois, je crois qu'il conviendrait de lui assurer une protection jusqu'à la fin de ces trois mois. Le but général de la sécurité sociale est tout simplement de prendre le revenu des gens qui en ont pour donner quelque chose à ceux qui n'en ont pas d'autre. Voilà la base, et l'idée est magnifique si elle est réalisée d'une façon satisfaisante, mais vous ne pouvez pas logiquement la définir en fonction d'un nombre de membres limité et de prestations conditionnées par les contributions.

D. Avez-vous déjà calculé le montant qu'il faudrait probablement verser pour surélever la réserve et arranger les choses, comme vous l'avez proposé? Savez-vous s'il y a eu tendance dans les bureaux de placement des autres pays à trouver tout d'abord du travail à l'individu qui touche des prestations de préférence à celui qui n'en touche pas?—R. En ce qui concerne la seconde question, je ne vois aucun exemple qui indique qu'il en soit ainsi. Le principal organisme que j'ai en vue, est le *British Employment Exchange*, et il s'occupe presque entièrement de gens sujets aux prestations.

D. Cette agence n'a pas beaucoup de membres comme ceux dont nous avons parlé?—R. Parfaitement.

M. Fulford:

D. Je me demande si le Dr James pourrait nous dire quels sont les pays qui ont des allocations familiales en espèces? Je soulève cette question parce que, d'après l'expérience que j'ai acquise en causant avec des personnes de toutes les classes de la société, les gens ne sont pas du tout au courant des projets. J'ai constaté qu'ils sont indifférents et dans bien des cas—la plupart—hostiles en principe aux allocations en espèces. J'ai remarqué en outre que la majorité des

gens, surtout parmi les ouvriers, croit que notre premier devoir après la guerre sera de construire des logements en nombre suffisant—que la situation actuelle du Canada à ce point de vue est déplorable.—R. Il n'y a aucune divergence d'opinions sur la seconde partie de cette question: les logements convenables sont indispensables. Comme j'ai tenté de le faire ressortir, la sécurité sociale, au sens le plus large, constitue l'une des pointes du trident de la restauration, et, si elle est plus grande que les deux autres, cela aura de fâcheux résultats. Quant à l'autre partie de votre question, je ne puis vous donner une liste définitive des pays qui ont des allocations familiales. J'ai mentionné la Nouvelle-Zélande. Il y avait également des allocations familiales en Allemagne et en Italie avant la guerre, et il y en a actuellement en Russie. Je ne sais pas s'il y a d'autres pays qui ont des allocations familiales en espèces.

D. N'a-t-on pas proposé d'en établir et ce projet n'a-t-il pas échoué, dans les trois pays scandinaves?—R. Cela a été proposé. Je ne connais pas le résultat final de la proposition.

M. Adamson:

D. Le Dr James a dit quelque chose de curieux au sujet des mines. Mais il y a le facteur temps; l'avantage de ce facteur est d'importance capitale. Et il a ajouté qu'au train où nous exploitons nos ressources naturelles, il nous faudra environ 600 ans pour faire un levé. Ne croyez-vous pas qu'il est de la plus haute importance de faire le levé de nos ressources naturelles, de la conservation de notre sol et de nos forêts?—R. Absolument.

D. Cela passe avant tout, car les hommes sortent maintenant de l'armée, et il y a là un problème psychologique. Voici ma seconde question: vous avez dit que, selon vous, nous devons penser sérieusement à restreindre l'exportation de nos ressources minières. En d'autres termes, il y a la vieille théorie que si vous produisez une livre de cuivre, vous obtenez 8 cents, tandis que vous recevez deux à trois dollars, si elle est ouverte—ce profit supplémentaire s'accumulerait, mais cela exigerait que le Canada se développe plus qu'il ne l'a fait jus'ici, c'est-à-dire énormément comme nation industrielle. Votre théorie ne s'appliquerait pas aux métaux précieux, comme l'or? L'exportation des métaux a été notre principal marché. Quant à la question du gaspillage, on laisse plus dans la terre que l'on gaspille par exportation, en vertu du présent système d'impôts. Je voudrais connaître votre réponse à la question de l'exportation des métaux.—R. Au sujet de votre première question, je dois dire que le levé est, cela va de soi, d'une suprême importance, mais qu'il ne donnerait pas de travail à un très grand nombre de personnes. C'est une entreprise technique; bien qu'il faille le faire tout de suite, ce levé n'est pas d'une grande importance au point de vue de fournir de l'emploi à beaucoup de gens.

Quant à votre seconde question, je n'ai pas dit que nous devons avoir des doutes sérieux sur tout genre d'exportation de nos métaux. Ce que je pense, c'est que l'on ne doit faire aucun effort pour encourager l'exportation en gros des métaux, ce qui est un peu différent. Dans le passé, notre pays a produit, dans le domaine des mines, autant de métal qu'il pouvait en vendre à l'étranger; cela a été l'une des principales activités de notre commerce extérieur. Vu que, tout en comptant parmi les plus grandes du monde, nos ressources ne sont pas illimitées, je crois que nous devrions étudier soigneusement toute la situation, dans le but de décider s'il ne serait pas préférable pour nous de réduire notre production destinée à l'exportation et d'utiliser les ressources dont nous disposons, à plus faible allure. Cela pourrait entraîner un essor considérable de l'industrie domestique pour absorber nos propres produits et amener un système d'impôts approprié. L'or ne me cause pas beaucoup de soucis. Je ne crois pas que l'or soit l'un des métaux les plus précieux en ce qui concerne l'utilisation industrielle. Tant que quelqu'un voudra nous acheter tout notre or et que nous aurons besoin d'en exporter pour régler les balances de paiements, je ne m'opposerai pas à ce genre d'exportation.

Le président:

D. Dans son rapport, le Dr Marsh donne, à la page 132, deux listes des priorités possibles, l'une au point de vue d'un plan de longue portée, l'autre concernant l'après-guerre. Approuvez-vous ces deux listes?—R. Oui. L'ordre de priorité recommandée pour l'après-guerre, ressemble passablement à celui que j'ai mentionné au sujet du chômage, de la santé et des allocations aux enfants.

M. McCann:

D. Si, comme nous nous le proposons, nous mettons pleinement en vigueur, dans tout le pays, après la guerre, une législation appropriée sur les salaires minimums, dans quelle mesure aurons-nous besoin d'allocations familiales?—R. Je ne crois pas que la législation des salaires minimums apporte une solution à ce problème. Si vous fixez des taux de salaire assez élevés pour subvenir aux besoins d'une famille de trois ou quatre enfants, comme il le faudra, si notre population doit se reproduire d'une façon efficace et s'accroître pour utiliser les ressources du Dominion, je crois que vous puniriez un grand nombre d'individus. Vous encourageriez le chômage, et peut-être que vous obligeriez un bon nombre d'industries à fermer leurs portes. Ce système créerait une différence considérable pour le célibataire ou l'homme marié qui n'a pas d'enfants. D'après moi, ce n'est pas du tout sur cette base qu'il faut fixer les salaires. J'estime que l'on devrait les déterminer uniquement d'après l'utilité de l'individu, domaine d'idées où la Russie nous a tellement devancés qu'il n'y a pas une union ouvrière des Etats-Unis ni du Canada, qui serait prête à adopter le système de salaires russe. Je crois que les salaires et les allocations familiales constituent deux problèmes distincts, et tout en espérant qu'à la longue, tout le monde aura un revenu suffisant pour entretenir une famille d'une façon raisonnable, je pense qu'en attendant, les allocations familiales sont nécessaires pour nous aider à franchir la période de transition pendant laquelle s'effectuera la réorganisation.

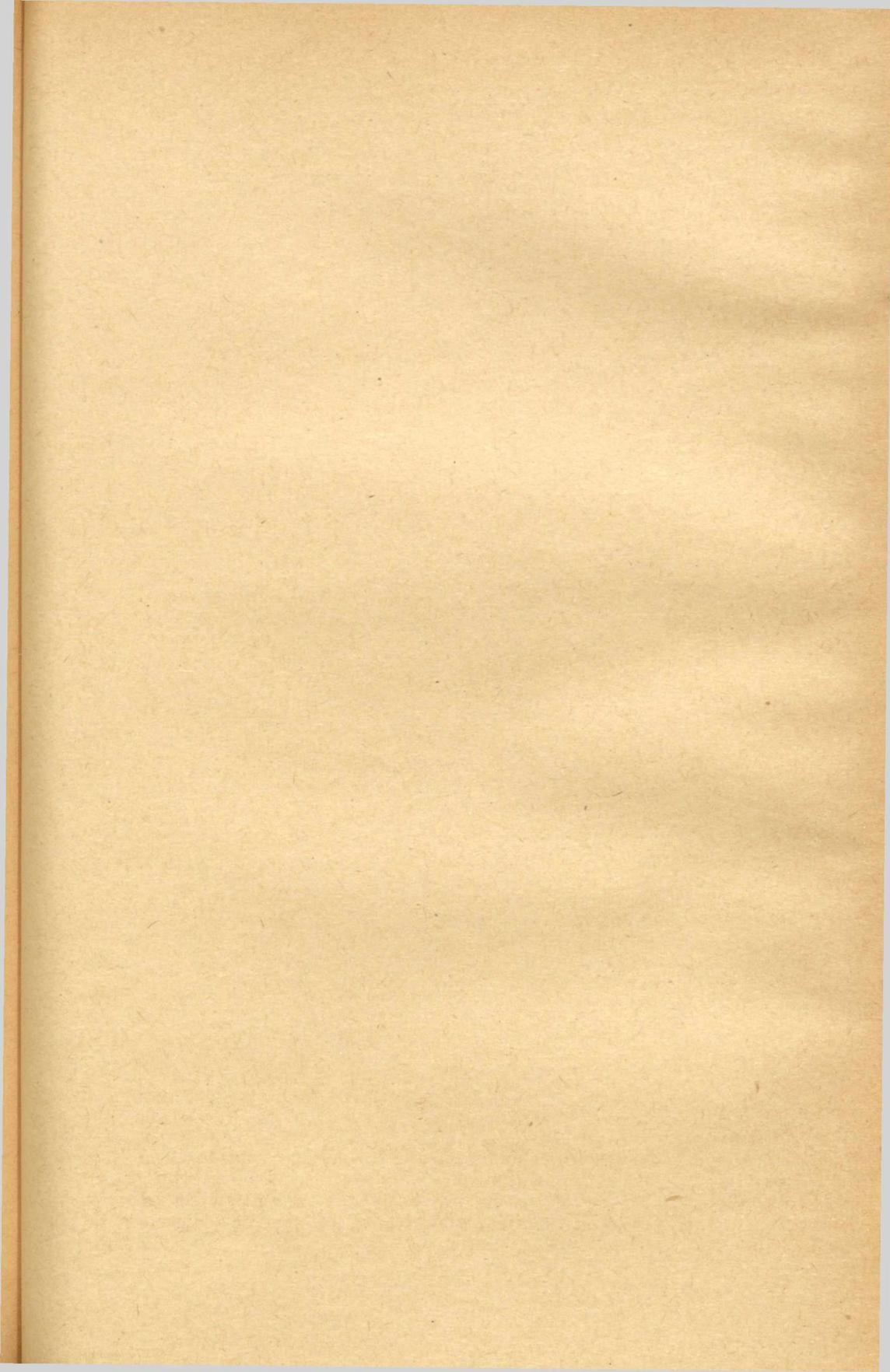
M. Côté:

D. Je voudrais savoir si le Dr James croit que la question de la constitution au pays, sera un facteur important dans l'établissement d'un plan de bien-être social uniforme, complet et efficace, après la guerre?—R. Je ne saurais vous répondre d'une façon aussi précise que les membres de ce Comité. Si la population du Canada veut réellement exécuter un plan complet, ce désir ne sera pas frustré pour la simple raison que les provinces et le Dominion ne peuvent pas s'unir et s'entendre sur un projet réalisable. Si, d'un autre côté, il y a de graves divergences d'opinions parmi nos gens, certains groupes ayant des idées contraires aux autres et certains autres n'étant pas en faveur d'un plan uniforme, alors il est impossible d'avoir un plan uniforme. Si je comprends bien notre constitution, elle est destinée à permettre au gouvernement du pays de mettre à exécution les programmes que désire la population du Canada, et la difficulté ne surgit que lorsqu'un conflit d'opinions éclate entre deux unités diverses de l'édifice constitutionnel.

M. McIVOR: Monsieur le président, je désirerais remercier le Dr James des moments agréables qu'il nous a fait passer, ce matin. Je dis qu'il a fait bon être ici, et que cela me rappelle le temps où j'allais à l'université et où je comprenais ce que disaient les professeurs. Mais je veux exprimer ma gratitude au Dr James pour ses magnifiques services.

LE PRÉSIDENT: Docteur James, permettez-moi, au nom du Comité, de vous offrir nos sincères remerciements pour être venu ici et nous avoir présenté un exposé très intéressant et très lumineux. Je suis certain que cet entretien sera d'une grande utilité au Comité quand viendra le temps de rédiger son rapport.

Le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau sur convocation du président.



SESSION DE 1944
CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

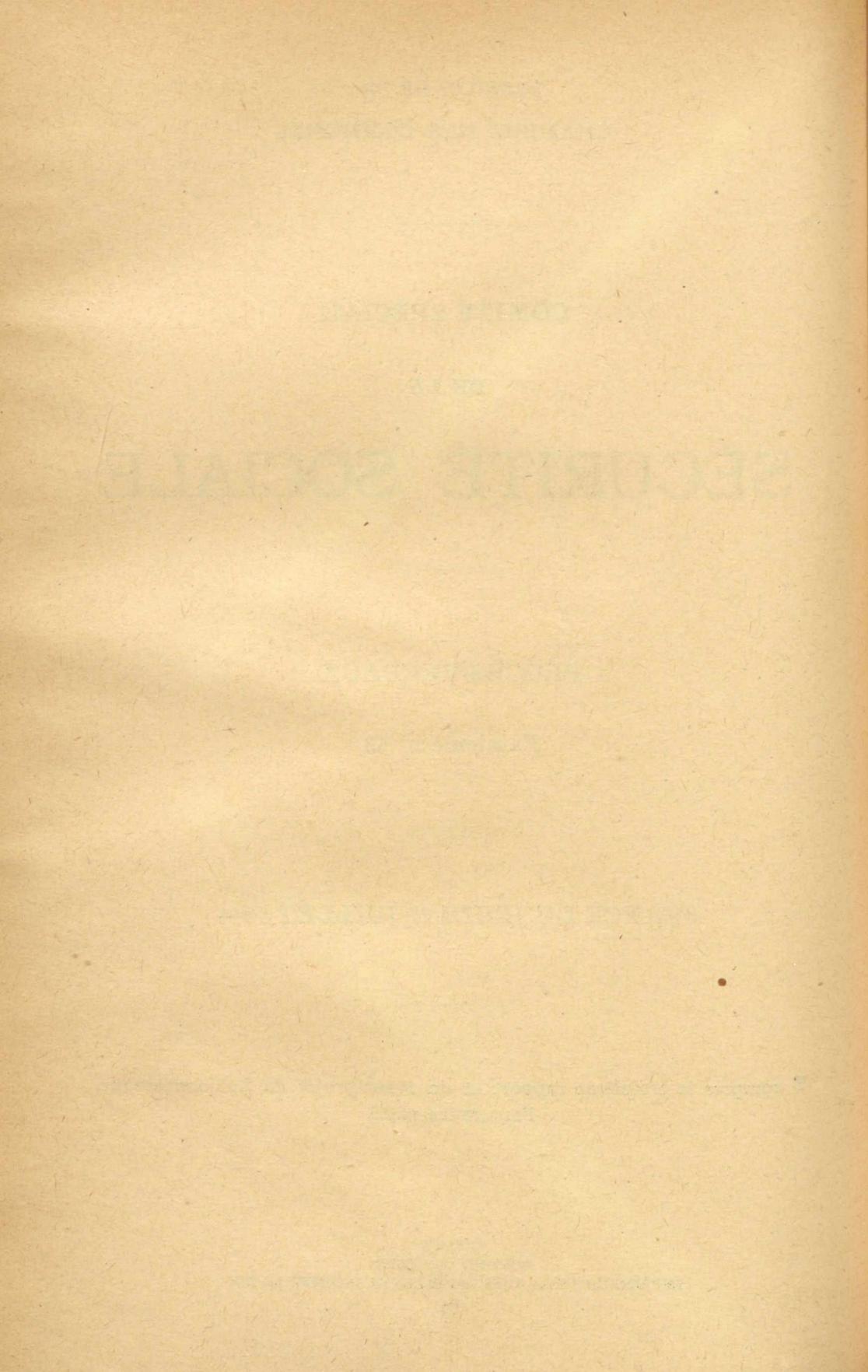
PROCÈS-VERBAUX

Fascicule n° 13

SÉANCE DU JEUDI 27 JUILLET 1944

Y compris le troisième rapport et un avant-projet de Loi concernant
l'assurance-santé

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1944



RAPPORT À LA CHAMBRE

Le 28 juillet 1944.

Le Comité spécial de la sécurité sociale a l'honneur de présenter son

TROISIÈME RAPPORT

Après avoir fait une étude prolongée et approfondie de l'assurance-santé, ce qui impliquait l'audition de témoignages et la réception de mémoires présentés par les organismes intéressés, votre Comité dépose avec les présentes un avant-projet de loi sur l'assurance-santé qui a été soumis par le ministère des Pensions et de la Santé nationale. Après quelques modifications de détail, le Comité a approuvé cet avant-projet à l'exception de l'article 3 et de la Première Annexe, qui visent les mesures financières à arrêter par le pouvoir fédéral et les gouvernements provinciaux.

Votre Comité recommande que la Conférence fédérale-provinciale soit saisie de l'avant-projet de loi afin d'étudier les principes généraux énoncés dans les divers articles, ainsi que les mesures financières à prendre.

Votre Comité a recueilli des témoignages et reçu des mémoires portant sur d'autres aspects de la sécurité sociale, mais il n'a pu faire une étude détaillée ou suffisante de l'entier sujet qui met en jeu de complexes problèmes d'ordre financier et constitutionnel. Votre Comité recommande que lorsque ce sera possible, les autorités étudient l'à-propos de mesures telles que l'extension de l'assurance-chômage, les prestations-maladie en espèces, les prestations funéraires et autres mesures destinées à protéger l'individu contre le vieil âge, la maladie et les revers économiques; que les autorités s'occupent aussi d'établir une plus grande coordination et de supprimer le chevauchement ou le double emploi des mesures de bienfaisance sociale appliquées dans le domaine fédéral et dans le domaine provincial.

Un exemplaire des témoignages entendus est annexé au présent rapport.

Le tout respectueusement soumis.

Le président,
CYRUS MACMILLAN.

PROCÈS-VERBAL

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 4 h. de l'après-midi sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Breithaupt, Bruce, Mme Casselman, MM. Fulford, Howden, Lockhart, Macmillan, McCann, Maybank, Nicholson, Veniot, Warren, Wood et Wright—14.

Le président donne lecture d'un projet de rapport que le Comité l'autorisait à préparer le 18 juillet. Après discussion, M. Howden propose que le rapport soit adopté.

La motion est adoptée.

M. McCann propose que le rapport qui vient d'être adopté soit soumis à la Chambre.

La motion est adoptée.

L'avant-projet de Loi concernant l'assurance-santé présenté à la Chambre avec le troisième rapport le 29 juillet fait partie du présent fascicule.

A 4 h. 25 de l'après-midi, le Comité s'ajourne *sine die*.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

AVANT-PROJET DE LOI.

Cinquième Session, Dix-neuvième Parlement, 8 George VI, 1944.

CHAMBRE DES COMMUNES DU CANADA.

BILL .

Loi concernant l'assurance-santé, l'hygiène publique, la conservation de la santé et la prophylaxie.

Première lecture le juin 1944.

LE MINISTRE DES PENSIONS ET DE LA SANTÉ NATIONALE.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1944

5e Session, 19e Parlement, 8 George VI, 1944

CHAMBRE DES COMMUNES DU CANADA.

BILL .

Loi concernant l'assurance-santé, l'hygiène publique, la conservation de la santé et la prophylaxie.

SA Majesté, sur l'avis et du consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, décrète:

Titre abrégé.

1. La présente loi peut être citée sous le titre: *Loi sur la santé nationale.*

Définitions.

2. En la présente loi et dans tout règlement ou accord établi sous son régime, à moins que le contexte ne s'y oppose, l'expression

«Ministre».

a) «Ministre» signifie le ministre des Pensions et de la santé nationale;

«Autorités provinciales».

b) «autorités provinciales» signifie la personne ou l'organisme chargé d'exécuter tout accord conclu en conformité de la présente loi;

«Personne qualifiée».

c) «personne qualifiée» signifie une personne apte à recevoir les prestations d'assurance-santé;

«Disposition statutaire».

d) «disposition statutaire» comprend toute prescription édictée par un arrêté ou règlement ayant force de loi.

Le gouverneur en conseil peut décerner des subventions aux provinces.

3. (1) Sous réserve des dispositions ci-après et des conditions spéciales énumérées à la Première Annexe de la présente loi, le gouverneur en conseil peut conclure un accord avec le lieutenant-gouverneur en conseil de toute province pour payer à cette dernière des subventions aux fins et pour les montants que détermine ladite annexe, si la province a établi une disposition statutaire pour l'emploi économique et efficace de ces subventions; mais nul accord ne peut être conclu avec une province à moins qu'elle n'ait établi de disposition statutaire pour utiliser à la fois la «subvention d'assurance-santé» et la «subvention générale concernant la santé publique», spécifiées dans ladite annexe.

Montant de la subvention.

(2) Si le coût moyen n'excède pas.....dollars, le montant de la subvention d'assurance-santé payable à une province sous le régime de la présente loi, dans une

NOTE EXPLICATIVE.

On estime que, pour faciliter les travaux du comité parlementaire, ou autre comité, le résultat intégral de l'étude jusqu'ici consacrée à ces questions pourrait être présenté sous forme d'avant-projet de loi.

- Si le coût moyen n'excède pas \$.....
- année quelconque, doit être le montant par lequel la somme obtenue en multipliant le coût moyen par le nombre de personnes qualifiées dans la province, excède dans l'ensemble
- a) la somme obtenue en multipliant douze dollars par le nombre d'adultes qualifiés dans la province, et 5
 - b) la somme payable à la province aux termes du paragraphe quatre du présent article.
- Si le coût moyen dépasse \$.....
- (3) Si le coût moyen excède.....dollars, le montant de la subvention d'assurance-santé payable à une province sous le régime de la présente loi, dans une année quelconque, doit être le montant par lequel la somme obtenue en multipliant le coût moyen par le nombre de personnes qualifiées dans la province, excède dans l'ensemble 10
- a) la somme obtenue en multipliant le nombre d'adultes qualifiés dans la province par le total de 15
 - (i) douze dollars et de
 - (ii) la moitié du montant par lequel le coût moyen excède.....dollars, et
 - b) la somme payable à la province en vertu du paragraphe quatre du présent article. 20
- Somme additionnelle payable à la province.
- (4) Lorsque, dans une année quelconque, la subvention d'assurance-santé, mentionnée au premier paragraphe du présent article, est payable à une province, il doit aussi être versé à cette dernière, en ce qui concerne ladite année, une somme égale au total des montants payables par les résidents de cette province au Receveur général du Canada, à titre de contributions d'assurance-santé prévues à la Partiede la *Loi de l'impôt de guerre sur le revenu*, à l'égard des revenus de ces résidents pendant l'année en question. 25
- S.R., c. 97.
- Définitions.
- «Coût moyen».
- (5) Dans le présent article, l'expression 30
- a) «coût moyen» signifie la somme de..... dollars et cents jusqu'à ce que la subvention d'assurance-santé ait été versée à plus de deux provinces pendant deux ans, et, pour chaque période triennale par la suite, elle signifie le montant obtenu en divisant le 35
 - coût total des prestations d'assurance-santé dans toutes les provinces touchant des subventions prévues à la présente loi durant les deux années qui précèdent immédiatement le début de chacune de ces périodes triennales, par l'ensemble des sommes obtenues en 40
 - multipliant le nombre total de personnes qualifiées dans chacune desdites provinces au début de chaque période triennale en question, par deux ou par le nombre d'années à l'égard desquelles une subvention prévue dans la présente loi était payable à la province, suivant 45
 - le montant le moins élevé;
 - b) «personnes qualifiées» signifie tous les résidents de la province qui ont droit aux prestations d'assurance-santé;
- «Personnes qualifiées».

« Adultes qualifiés ».

c) « adultes qualifiés » signifie toutes les personnes qualifiées résidant dans la province et ayant atteint leur seizième anniversaire de naissance.

Règlements.

(6) Aux fins du présent article, le gouverneur en conseil peut édicter des règlements pour déterminer le nombre de personnes qualifiées et d'adultes qualifiés dans une province quelconque, le coût des prestations d'assurance-santé, et les montants dépensés par une province pour les services généraux de santé publique énoncés à la Troisième Annexe de la présente loi. 5 10

Payements par anticipation.

(7) En attendant la détermination définitive des montants payables à une province aux termes des paragraphes deux et quatre ou trois et quatre du présent article, le gouverneur en conseil peut autoriser des versements par anticipation si la province, dans l'accord autorisé sous le régime du présent article, s'engage à rembourser le montant par lequel ces versements par anticipation excèdent le montant réellement payable, et ces versements par anticipation sont déduits du montant de la subvention d'assurance-santé par ailleurs exigible pour l'année en question. 15 20

Portée des dispositions statutaires concernant l'assurance-santé.

4. (1) Les dispositions statutaires concernant l'assurance-santé doivent être conçues de manière à prévoir des prestations d'assurance-santé d'après les types, dans les conditions et pour les personnes que mentionne l'« Avant-projet de loi sur l'assurance-santé », dans la Deuxième Annexe de la présente loi, ou sensiblement dans les termes susdits, ou dans tels termes, eu égard à toutes les circonstances, aux conditions spéciales intéressant la province entière ou quelques régions particulières de celle-ci, que le gouverneur en conseil peut approuver comme mesure pratique satisfaisante d'assurance-santé pour la province, et le gouverneur en conseil peut approuver des dispositions statutaires qui seront appliquées par un ministère provincial de la Santé au lieu d'une commission; mais aucune mesure d'assurance-santé pour une province ne doit être ainsi approuvée lorsque, par ses termes ou de fait, elle refuse ses avantages à une personne résidant ordinairement dans la province, ou quelque région déterminée de cette dernière. 25 30 35

Les contributions ont la priorité en cas de faillite.

(2) Si les dispositions statutaires relatives à l'assurance-santé prévoient le paiement de contributions d'assurance-santé à des autorités provinciales, ces dernières doivent, dans le cas de faillite de la personne astreinte à payer ou remettre les contributions, avoir la même priorité, à l'égard des contributions impayées, que celle dont jouissent les salariés, sous le régime de la *Loi de faillite*, en ce qui concerne les salaires. 40 45

S. R., c. 11.

Portée des dispositions statutaires concernant la santé publique.

5. Les dispositions statutaires relatives aux services généraux de santé publique doivent comprendre l'établissement et le maintien des services indiqués dans la Troisième 50

Annexe de la présente loi, ou sensiblement conformes à ceux qui y sont énoncés, ou de tels services, eu égard à toutes les circonstances, aux conditions spéciales intéressant la province entière ou quelques régions particulières de celle-ci, que le gouverneur en conseil peut agréer comme mesure pratique satisfaisante de santé publique générale pour la province. 5

Approbation, par le gouverneur en conseil, des dispositions statutaires.

6. Les dispositions statutaires, autres que celles dont il est question aux articles quatre et cinq de la présente loi, doivent être telles que le gouverneur en conseil puisse les approuver comme constituant une base solide pour réaliser les objets que les subventions sont destinées à assurer, et doivent procurer, pour ces objets, les deniers qui peuvent être requis à l'occasion. 10

Accord basé sur un rapport du Ministre.

7. (1) Tout accord prévu par l'article trois de la présente loi doit reposer sur un rapport du Ministre portant que les conditions spécifiées dans la présente loi pour la passation de l'accord ont été remplies. 15

Termes de l'accord. Pour rendre exécutoires les dispositions de la loi.

(2) Tout semblable accord doit comprendre
a) Les termes nécessaires pour rendre exécutoires les dispositions de la présente loi qui ne le seraient pas autrement; 20

Registres nécessaires pour indiquer les opérations et l'effet.

b) Une stipulation pourvoyant à la tenue, par la province, des registres et comptes qui peuvent être indispensables pour révéler intégralement les opérations et l'effet de l'accord; et, autant que possible, les dispositions susdites doivent être uniformes dans tous ces accords; et 25

Statistiques.

c) Une stipulation prévoyant l'obtention des statistiques qui peuvent être nécessaires, à consigner d'après une base uniforme en vertu d'une entente entre les provinces et le ministre du Commerce du Dominion du Canada. 30

Le statisticien fédéral rassemble les données.

(3) Le statisticien fédéral recueille, classifie et publie les données statistiques susdites pour l'ensemble du Dominion, et peut fournir à chaque province des relevés mensuels, trimestriels ou annuels en conformité d'un plan déterminé que prévoit l'entente ci-dessus. 35

Durée de l'accord.

(4) Un accord de ce genre ne demeure en vigueur qu'aussi longtemps que la province continue à donner plein effet à l'accord et aux dispositions statutaires sur lesquelles il repose, et que les dispositions statutaires restent acceptables par le gouverneur en conseil comme motif satisfaisant de conclure un accord sous le régime des présentes, au sens des dispositions susmentionnées de la présente loi, ou demeure en vigueur jusqu'à l'expiration des dix années qui suivent la date où le gouverneur en conseil notifie au lieutenant-gouverneur de la province son intention de mettre fin à l'accord. 40 45

Acceptabilité des dispositions statutaires quant au gouverneur en conseil. Préavis de 10 ans donné par le gouverneur en conseil.

Accords sur
certificat du
Ministre.

8. (1) Toutes subventions découlant d'un accord prévu par les présentes et tous deniers exigibles selon le paragraphe quatre de l'article trois de la présente loi, sont payables à même les deniers non attribués du Fonds du revenu consolidé du Canada, sur le certificat du Ministre portant que les conditions de l'accord ont été dûment observées et que les dispositions statutaires sur lesquelles celui-ci repose demeurent telles qu'elles justifieraient la passation d'un accord sous le régime des présentes. 5

Réduction de
subventions
dans certaines
circonstances.

(2) Si, à quelque époque, le Ministre signale au gouverneur en conseil que les conditions d'un tel accord ne sont pas remplies, que les dispositions statutaires ne reçoivent pas l'effet voulu ou que ces dernières ne peuvent plus être considérées comme un motif satisfaisant de conclure un accord sous le régime des présentes, le gouverneur en conseil peut, sur approbation d'une recommandation du Ministre à cet effet, opérer la réduction qui, en l'occurrence, semble raisonnable, dans les versements subséquents de toute subvention sur laquelle le Ministre fait rapport comme susdit; mais une semblable réduction de subvention ne peut devenir effective qu'à l'expiration de la période, d'au plus un an, que le gouverneur en conseil peut, par avis, accorder à la province pour la rectification des matières signalées par le Ministre, et toute semblable période peut pareillement être prorogée sur le rapport et la recommandation du Ministre, avec l'assentiment du gouverneur en conseil. 10 15 20 25

Détails
fournis à la
province
sur ce qui
occasionne la
réduction.

(3) En donnant à la province l'avis susdit, on doit lui communiquer tous les détails de la question ainsi exposée par le Ministre.

Pouvoir
d'aider la
province.

9. (1) Le Ministre peut, à la demande d'une province et subordonnément aux conditions convenues, aider cette dernière à appliquer les termes de l'accord et des dispositions statutaires sur lesquelles il est basé, 30

Circonstances
dans les-
quelles l'aide
peut être
accordée.

- a) Dans le cas d'une circonstance critique intéressant la santé publique; 35
- b) Pour toute investigation ou enquête spéciale;
- c) En ce qui concerne tous problèmes d'administration déterminés; ou
- d) Afin de permettre à la province d'appliquer tout accord prévu par les présentes avec elle. 40

Modes d'as-
sistance.

- (2) Le Ministre peut accorder l'aide susdite
 - a) En fournissant des facilités de consultation entre les membres professionnels et techniques de son personnel et les membres du personnel de la province intéressée;
 - b) En mettant un personnel technique et professionnel à la disposition des autorités provinciales; 45
 - c) En mettant à la disposition des autorités provinciales des projets de règlements et formules et un projet de procédure pour l'exécution de tout accord conclu sous le régime de la présente loi; 50

- d) En rendant disponible pour les fins susdites, et sous réserve de tous règlements ou arrêtés établis en vertu de la présente loi, l'aide financière que le Parlement peut fournir de temps à autre, et
- e) Par tous autres moyens qu'il juge nécessaires ou utiles à l'accomplissement des fins du présent article. 5

Renseignements en possession des bureaux fédéraux, mis à la disposition de la province.

10. Afin de permettre à une province d'appliquer un système d'assurance-santé qui a fait l'objet d'un accord, le gouverneur en conseil peut ordonner que soient mis à la disposition de la province les renseignements obtenus, 10 en conséquence d'une immatriculation, sur des personnes y résidant.

11. Dans tout accord prévu par les présentes il doit être stipulé

Rapports administratifs provinciaux: copies déposées au bureau du Ministre.

a) Que, sauf si le Ministre ordonne le contraire, une copie 15 de chaque rapport statistique ou autre fait par une autorité locale ou régionale aux autorités provinciales et une copie de pareil rapport fait par ces dernières à l'usage du lieutenant-gouverneur en conseil ou de tout département ministériel sur les opérations relevant 20 d'une disposition statutaire en vertu de laquelle un accord a été conclu selon les présentes, seront déposées au bureau du Ministre le plus tôt possible après la présentation du rapport;

Renseignements supplémentaires à fournir par la province.

b) Que lesdites autorités provinciales, à l'occasion, four- 25 niront au Ministre les nouvelles indications statistiques et autres qu'il estime nécessaires

(i) pour lui permettre d'appliquer les termes de la présente loi et de tout accord y visé, et

(ii) pour montrer l'étendue et la nature des opéra- 30 tions susdites aussi pleinement que le Ministre peut l'exiger à l'occasion;

Registres de l'administration provinciale; disponibilité.

c) Qu'en tout temps les autorités provinciales mettront à la disposition du Ministre, ou de son représentant, les registres, documents, comptes et statistiques se ratta- 35 chant aux opérations susdites; et

Membres désignés par le gouverneur en conseil.

d) Que le lieutenant-gouverneur en conseil nommera à la Commission d'assurance-santé deux membres désignés par le gouverneur général en conseil.

Enquête et rapport sur opérations provinciales.

12. (1) Le gouverneur en conseil peut, sur la recom- 40 mandation du Ministre, nommer une personne pour enquêter et faire rapport sur toutes questions relatives aux opérations découlant d'un accord prévu par la présente loi.

Pouvoirs de la personne nommée pour enquêter. S.R., c. 99.

(2) Aux fins de toute semblable enquête, la personne ainsi nommée a les pouvoirs d'un commissaire visé par la *Loi des* 45 *enquêtes.*

Attributions
des inspec-
teurs com-
pétents.

Examen des
questions qui
doivent faire
l'objet d'un
rapport;
enquête sur
les opérations.

Enquête sur
l'observa-
tion des dis-
positions
statutaires et
des conditions
de l'accord,
ainsi que sur
l'efficacité
desdites
dispositions.

Pouvoirs
d'inspection.

Réserve.

Certificat de
nomination
d'inspecteur.
Production
sur demande.

Peine pour la
personne qui
entrave vo-
lontairement
un inspecteur.

13. (1) Toute personne autorisée par le Ministre à remplir les fonctions d'inspecteur peut, pour l'exécution de la présente loi et sous réserve des instructions du Ministre,

a) Examiner toute question qui doit faire l'objet d'un rapport en vertu de l'article précédent de la présente loi ou qui concerne les opérations y mentionnées; 5

b) Entreprendre l'étude et l'enquête nécessaires pour constater si les dispositions statutaires sur lesquelles repose un accord et les conditions de cet accord reçoivent l'effet voulu, et si lesdites dispositions statutaires continuent de constituer une base satisfaisante pour un semblable accord; et 10

c) Exercer tous pouvoirs d'inspection prévus à l'article trente-trois de l'«Avant-projet de loi sur l'assurance-santé» contenu dans la Deuxième Annexe de la présente loi. 15

Toutefois, les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas au cabinet particulier où une personne exerce son activité professionnelle selon des arrangements conclus avec elle en vertu d'une disposition statutaire prévoyant la conclusion d'un accord sur l'assurance-santé, sous le régime des présentes, ni à la personne en question. 20

(2) Tout inspecteur reçoit un certificat de sa nomination à ce titre et, en demandant d'être admis dans un local ou endroit pour y accomplir les devoirs que lui assigne la présente loi, doit, s'il en est requis, montrer ce certificat à l'occupant dudit local ou endroit. 25

(3) Toute personne qui volontairement retarde ou entrave un inspecteur dans l'exercice de ses attributions, ou néglige de fournir les renseignements ou de montrer les documents à communiquer ou produire, ou soustrait ou tente de soustraire un individu à sa comparution devant un inspecteur ou à son interrogatoire par celui-ci, ou empêche ou tente d'empêcher un individu de comparaître devant un inspecteur ou d'être interrogé par ce dernier, est coupable d'une infraction tombant sous le coup de la présente loi et encourt, sur déclaration sommaire de culpabilité, une amende d'au plus vingt-cinq dollars. 35

14. Le gouverneur en conseil peut édicter les arrêtés ou règlements nécessaires pour réaliser les fins et l'intention de la présente loi, lesquels arrêtés et règlements ont force de loi à compter de la date de leur publication dans la *Gazette du Canada*, et doivent être publiés immédiatement dans la *Gazette du Canada*. 40

Création
d'une section
de l'assurance-
santé.

15. En vue de l'exécution de la présente loi, il est établi, au ministère des Pensions et de la santé nationale, une section de l'assurance-santé dirigée par un docteur en médecine régulièrement qualifié, dûment autorisé au Canada et préférablement détenteur d'un diplôme d'hygiène publique, qui sera désigné sous le nom de «directeur de l'assurance-santé».

Conseil national de
l'assurance-
santé.

16. (1) Est institué un Conseil national consultatif de l'assurance-santé, composé du directeur de l'assurance-santé, qui en est président, du fonctionnaire administratif en chef de l'assurance-santé de toute province qui applique une loi sur l'assurance-santé approuvée par le gouverneur en conseil en conformité de l'article quatre de la présente loi (nommé avec l'assentiment de la province intéressée) et de telles autres personnes que le gouverneur en conseil peut nommer à titre de représentants des personnes qualifiées, hygiénistes, médecins, dentistes, pharmaciens, hôpitaux, gardes-malades, travailleurs industriels, patrons, agriculteurs, femmes des villes et femmes de la campagne, respectivement, ainsi que des représentants de tels autres groupes que peut déterminer un arrêté du lieutenant-gouverneur en conseil de toute province intéressée. Toutefois, au moins une des ces personnes doit être nommée pour chacun des groupes, professions et catégories ci-dessus et, autant que possible, il doit y avoir égalité de représentants des personnes qualifiées pour fournir les prestations d'assurance-santé et des personnes aptes à les recevoir.

Réserve.

Durée des
fonctions.

(2) Les membres nommés de la manière susdite occupent leurs fonctions durant trois ans et peuvent être nommés de nouveau à l'expiration de leur mandat.

Réunions.

(3) Le Conseil tient une assemblée annuelle à Ottawa et se réunit aux autres époques et endroits que prescrit le Ministre.

Fonctions et
attributions
du Conseil.

(4) Le Conseil est chargé des devoirs que peut déterminer le gouverneur en conseil.

Rapports au
ministre.

(5) Tous les rapports du Conseil doivent être présentés au Ministre sous la forme et dans les conditions que ce dernier peut requérir.

Frais de
voyage et de
subsistance
aux membres.

(6) Chaque membre susdit touche les frais de voyage et de subsistance que peut approuver le gouverneur en conseil relativement aux travaux du Conseil.

Questions
déférées au
Conseil par le
Ministre.

(7) Le Ministre peut, lorsqu'il le juge utile, soumettre au Conseil, pour examen et avis, toutes questions relatives à l'application de la présente loi.

Présence de
délégués aux
réunions du
Conseil.

17. (1) Outre les membres du Conseil nommés en exécution de l'article précédent de la présente loi, chacun des groupes, professionnels et autres, énumérés audit article, de même que toute autre organisation ou groupe de per-

sonnes ayant intérêt dans l'assurance-santé, a le droit d'être représenté à toute réunion du Conseil par au plus deux personnes appelées "délégués".

Avis au président.

(2) Chaque organisation ou groupe de personnes désireux d'être représenté par des délégués aux réunions du Conseil peut en aviser le président et dès lors aura droit d'être ainsi représenté. 5

Avis d'assemblée.

(3) Chaque semblable organisation ou groupe de personnes a droit de recevoir un avis des réunions en même temps et de la même manière que pour l'avis donné aux membres du Conseil ou à leur égard. 10

Droits des délégués.

(4) Un délégué a droit de prendre part à la discussion de toute question étudiée par le Conseil lors d'une réunion, sous réserve du consentement de celui-ci sur chaque demande à cet effet, mais il n'est pas admis à voter sur une question ni par ailleurs à prendre part aux actes du Conseil. 15

Nulle rémunération.

(5) Aucun délégué n'a droit à une rémunération ni à des frais en ce qui concerne les travaux du Conseil.

Rapport présenté par le Ministre au Parlement, chaque session.

18. Le Ministre présente aux deux chambres du Parlement, dans les trente premiers jours de chaque session de celui-ci, un rapport contenant 20

- a) Un relevé complet et clair de toutes les opérations ressortissant à la présente loi et de tous accords conclus sous le régime de cette dernière pendant l'année financière qui a précédé ladite session; 25
- b) Des copies de tous arrêtés et règlements édictés en vertu de la présente loi; et
- c) Des états sommaires concernant les opérations faites par les provinces en vertu d'accords visés aux présentes, avec les renseignements supplémentaires que le Ministre peut juger d'intérêt public. 30

PREMIÈRE ANNEXE
(Article 3)

Désignation de la subvention	Objet de la subvention	Conditions spéciales régissant la subvention	Montant annuel de la subvention
Subvention d'assurance-santé.	Fournir des prestations d'assurance-santé.	Approbation par le gouverneur en conseil des dispositions statutaires sur l'assurance-santé adoptées par la province.	Le montant indiqué à l'article trois.
Subvention générale concernant la santé publique.	Aider la province dans l'établissement et le maintien de services généraux de santé publique.	Approbation par le gouverneur en conseil des services de santé publique administrés par la province.	Un montant n'excédant pas la somme obtenue en multipliant vingt-cinq cents par le nombre total de résidents de la province.
Subventions particulières: (1) Subvention relative à la tuberculose.	Aider la province à fournir un traitement gratuit à toute personne atteinte de tuberculose.	Dans les cinq ans qui suivront l'entrée en vigueur de la présente loi, la province fournira, dans une mesure jugée satisfaisante par le gouverneur en conseil, un traitement gratuit aux résidents de la province atteints de tuberculose.	Au plus un quart du montant total des deniers, à l'exclusion des immobilisations, dépensés par la province, durant l'année financière précédente, pour le traitement gratuit des résidents de la province atteints de tuberculose; le montant total à distribuer aux provinces du Canada ne devant pas excéder \$2,000,000.00, et le montant de la subvention à une province devant être distribué ainsi qu'il suit: la moitié sur la base de la population et la moitié sur la base du nombre moyen de décès attribuables à la tuberculose durant les cinq années précédentes.
(2) Subvention relative aux maladies mentales.	Aider la province à fournir un traitement gratuit aux personnes atteintes de maladies mentales et aux déficients.	Dans les cinq ans qui suivront l'entrée en vigueur de la présente loi, la province fournira, dans une mesure jugée satisfaisante par le gouverneur en conseil, un traitement gratuit à tous résidents de la province atteints de maladies mentales, y compris les déficients.	Au plus un septième des deniers, à l'exclusion des mobilisations, dépensés par la province durant l'année financière précédente pour le traitement gratuit des résidents de la province atteints de maladies mentales, ainsi que des déficients; le montant total à distribuer aux provinces du Canada ne devant pas excéder \$2,500,000.00; le montant de la subvention à une province devant être distribué sur la base de la population.

PREMIÈRE ANNEXE—Fin

Désignation de la subvention	Objet de la subvention	Conditions spéciales régissant la subvention	Montant annuel de la subvention
(3) Subvention concernant les maladies vénériennes.	Aider la province dans la lutte préventive contre les maladies vénériennes et dans le traitement gratuit de ces dernières.	Dans les cinq années qui suivront l'entrée en vigueur de la présente loi, la province établira des mesures pour prévenir la dissémination des maladies vénériennes et fournir, dans une mesure jugée satisfaisante par le gouverneur en conseil, un traitement gratuit à toutes les personnes atteintes de maladies vénériennes.	Au plus \$1,000,000 pour une période de dix ans; une moitié devant être répartie sur la base de la population, et l'autre moitié d'après le nombre de nouveaux cas de maladies vénériennes signalés dans la province durant l'année civile précédente; le montant de la subvention ne devant pas excéder la moitié du montant dépensé par la province.
(4) Subvention concernant la formation professionnelle.	Aider la province pour la formation de médecins, ingénieurs, infirmières et inspecteurs sanitaires en matière de santé publique.	La province devra convaincre le gouverneur en conseil de la nécessité de la subvention et de son emploi effectif.	Au plus \$100,000.00, que le gouverneur en conseil devra attribuer aux provinces.
(5) Subvention concernant les recherches sur la santé publique.	Aider la province à faire des recherches sur la santé publique.	La province devra convaincre le gouverneur en conseil de la nécessité de la subvention et de son emploi effectif.	Au plus \$50,000.00, que le gouverneur en conseil devra attribuer aux provinces.
(6) Subvention concernant les enfants infirmes.	Pour aider la province à prévenir et à enrayer les conditions qui rendent les enfants infirmes.	Approbation par le gouverneur en conseil du plan adopté par la province.	Au plus \$250,000, que le gouverneur en conseil devra attribuer aux provinces.

DEUXIÈME ANNEXE

(Article 4)

AVANT-PROJET DE LOI SUR L'ASSURANCE-SANTÉ

SA Majesté, sur l'avis et du consentement de l'Assemblée législative, décrète:

TITRE ABRÉGÉ

Titre abrégé. **1.** La présente loi peut être citée sous le titre: *Loi de 194 sur l'assurance-santé* (Ontario ou, selon le cas).

INTERPRÉTATION

Définitions. **2.** (1) En la présente loi et dans tout règlement, accord ou arrêté établi sous son régime, à moins que le contexte ne s'y oppose, l'expression

«Adulte». a) «adulte» signifie toute personne qui a atteint son seizième anniversaire de naissance et dont le lieu normal de résidence est dans la province;

«Commission». b) «Commission» signifie l'autorité instituée par la province pour l'application de la présente loi;

«Enfant». c) «enfant» signifie toute personne qui n'a pas atteint son seizième anniversaire de naissance et dont le lieu normal de résidence est dans la province;

«Ministre». d) «Ministre» signifie le ministre de la Santé;

«Prescrit». e) «prescrit» signifie prescrit par règlement de la Commission;

«Règlement». f) «règlement» signifie un règlement édicté en conformité de la présente loi.

Sens de certaines expressions. (2) En la présente loi et dans tout règlement, accord ou arrêté établi sous son régime, à moins que le contexte ne s'y oppose, chacune des expressions suivantes a la signification qui lui est attribuée dans l'article de ladite loi cité au présent paragraphe:

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| a) «contributeur», | article 5; |
| b) «carnets d'assurance-santé», | article 7; |
| c) «cartes-d'assurance-santé», | article 7; |
| d) «Caisse d'assurance-santé», | article 9; |
| e) «timbres d'assurance-santé», | article 7; |
| f) «revenu», | article 6; |
| g) «médecins», | article 11; |
| h) «personne qualifiée», | article 3. |

PERSONNES VISÉES PAR LA PRÉSENTE LOI

Tous les adultes et enfants.

3. (1) Tout adulte à l'égard de qui les prescriptions de la loi sont observées par lui ou pour son compte, et tout enfant dont il a alors la charge et la surveillance sont admis à recevoir les prestations d'assurance-santé accordées par la présente loi.

«Personne qualifiée».

(2) Toute personne apte à recevoir les prestations d'assurance-santé accordées par la présente loi peut être désignée sous le nom de «personne qualifiée».

Personnes en dehors de la province.

(3) La Commission prescrit les termes et conditions selon lesquels une personne qualifiée peut obtenir sa prestation d'assurance-santé pendant qu'elle est temporairement en dehors de la province.

IMMATRICULATION

Déclarations des adultes.

4. (1) Tout adulte doit, à ou avant une date prescrite, remettre à la Commission une déclaration rédigée en la forme et de la manière prescrites et contenant les renseignements qui peuvent être prescrits, aux fins de permettre à la Commission d'établir et de maintenir un registre des personnes qualifiées et pour d'autres objets de la présente loi.

Il doit être répondu aux demandes de renseignements.

(2) Chaque personne qui remet une déclaration doit répondre promptement aux demandes de renseignements formulées par la Commission sur toute inscription dans la déclaration ou sur des choses omises dans cette dernière, et la Commission doit instituer les autres enquêtes qui peuvent paraître nécessaires en vue de déterminer l'exactitude de la déclaration et des renseignements obtenus par suite de cette enquête.

La Commission n'est pas liée.

(3) Aucune inscription apparaissant dans une déclaration de ce genre non plus que les renseignements obtenus par suite d'une enquête instituée comme susdit ne lient la Commission.

CONTRIBUTEURS

Qui doit payer.

5. (1) Sauf les dispositions du présent article et de l'article six de la présente loi, tout adulte doit verser, chaque année, à la Caisse d'assurance-santé une contribution de dollars, de la manière, à l'époque et à l'endroit qui peuvent être prescrits.

Contributions pour personnes à charge.

(2) Un adulte exclusivement à la charge d'un autre adulte n'est pas tenu de verser la contribution mentionnée au premier paragraphe du présent article, mais la personne à la charge de laquelle il se trouve doit, en sus de la contribution qu'elle est tenue d'acquitter, verser à la Caisse d'assurance-santé une contribution du montant spécifié au paragraphe premier du présent article, au nom de l'adulte à charge, pour chaque année que ce dernier est ainsi à charge.

Adulte partiellement à charge ou pendant une période inférieure à une année.
Personnes à charge.

(3) Si un adulte est partiellement à la charge d'un autre adulte, ou complètement à charge pendant une période inférieure à une année, la Commission peut prescrire le montant de la contribution que chacune de ces personnes doit verser.

(4) La Commission peut, par règlement, déterminer les personnes ou les catégories de personnes qui, pour les fins du présent article, sont censées des personnes à charge.

«Contribu-
teurs».

(5) Les personnes astreintes par le présent article à verser une contribution peuvent être désignées sous le nom de «contributeurs».

AJUSTEMENT DES CONTRIBUTIONS

Les contribu-
tions
peuvent être
réduites.

6. (1) Lorsque le revenu d'un contributeur est inférieur à un montant prescrit, la contribution autrement exigible de lui en vertu de l'article cinq de la présente loi peut, sur demande, être réduite du montant que la Commission détermine en conformité des règlements.

Comment
déterminer
le revenu.

(2) La Commission peut établir des règlements prescrivant la manière de déterminer le revenu d'une personne aux fins du paragraphe premier du présent article.

Montants
versés à la
Caisse d'assu-
rance-santé.

(3) Le trésorier provincial doit, à même les deniers non attribués faisant partie du Fonds du revenu consolidé, verser à la Caisse d'assurance-santé des montants égaux à ceux par lesquels les contributions ont été réduites sous le régime du premier paragraphe du présent article.

Appel.

(4) Toute personne peut interjeter appel des conclusions de la Commission à l'égard de la détermination de son revenu pour les fins du présent article.

Règlements
concernant les
appels.

(5) La Commission peut édicter des règlements prescrivant les délais et le mode des appels, la constitution de l'autorité chargée de les entendre et juger, et toute décision rendue par cette autorité est définitive et péremptoire et n'est pas sujette à révision.

MODES DE PAYEMENT

Versement et
perception des
contributions.

7. (1) Sous réserve des dispositions de la présente loi, la Commission peut édicter des règlements sur toutes questions relatives au payement et à la perception des contributions exigibles en vertu de l'article cinq de la présente loi, et, en particulier,

a) Spécifiant la manière dont les payements doivent être effectués et les époques et conditions auxquelles ils doivent l'être;

b) Enjoignant aux patrons de percevoir de leurs employés les contributions payables par ces derniers en exécution de l'article cinq de la présente loi, au moyen de déductions sur leurs salaires, gages ou autrement, et de transmettre les montants perçus à la Commission;

- c) Pourvoyant à l'inscription, dans les carnets ou sur les cartes d'assurance-santé, du détail des contributions versées concernant les personnes à qui ces carnets ou cartes se réfèrent;
- d) Prévoyant l'émission, la vente, la garde, la production et la remise des carnets ou cartes d'assurance-santé, et au remplacement des carnets ou cartes d'assurance-santé qui ont été perdus, détruits ou mutilés; et
- e) Prévoyant l'offre d'une récompense à quiconque rapportera un carnet ou carte d'assurance-santé qui a été perdu, ainsi que le recouvrement, de la personne ayant la garde du carnet ou de la carte au moment de sa perte, de toute récompense payée à quiconque l'aura rapporté.

Modes de
versement.

(2) La Commission peut, par règlement, pourvoir au versement des contributions, et des arriérés de contributions, au moyen de timbres (en la présente loi appelés «timbres d'assurance-santé») apposés ou imprimés sur les carnets ou cartes (en la présente loi appelés respectivement «carnets d'assurance-santé» et «cartes d'assurance-santé») ou autrement, et ces timbres ou les dispositifs servant à les imprimer, ou les autres modes de versement, doivent être préparés et délivrés de la manière qui peut être prévue dans les règlements.

Timbres:
émission,
oblitération,
etc.

(3) La Commission peut, par règlement, établir des dispositions pour l'émission, la garde, la production, l'oblitération et la remise des timbres, et elle peut conclure une convention avec le ministre des Postes du Canada, ou les autres personnes qui peuvent être désignées, pour la vente des timbres.

REMBOURSEMENT DES CONTRIBUTIONS

Rembourse-
ment de
l'excédent
versé.

8. Lorsqu'un contributeur verse à la Caisse d'assurance-santé, sous le régime de l'article cinq de la présente loi, un montant excédant les contributions qu'il est tenu d'acquitter en vertu dudit article, il peut lui être effectué un remboursement de cet excédent, aux termes et conditions que la Commission peut prescrire, si l'excédent en question n'est pas inférieur à cinquante cents.

CAISSE D'ASSURANCE-SANTÉ

Caisse d'as-
surance-
santé pour
réception des
deniers.

9. (1) Est institué, au Fonds du revenu consolidé de la province, un compte spécial appelé Caisse d'assurance-santé (en la présente loi appelé «la Caisse»), au crédit duquel le trésorier provincial doit à l'occasion porter

- a) Toutes contributions versées en exécution de la présente loi;
- b) Les peines pécuniaires payables à la Caisse;

c) Toutes subventions accordées à la province par le gouvernement du Canada pour les fins de la présente loi et tous paiements faits à la province par le gouvernement du Canada en vertu du paragraphe quatre de l'article trois de la *Loi sur la santé nationale*, chapitre du Statut du Canada de 1944, d'après les contributions d'assurance-santé exigibles sous le régime de la Partie..... de la *Loi de l'impôt de guerre sur le revenu*, chapitre quatre-vingt-dix-sept des Statuts révisés du Canada, 1927;

d) Tous montants payables à la Caisse, sur les revenus de la province, aux termes de la présente loi ou autrement, ainsi que toutes autres sommes reçues pour le compte de la Caisse; et

e) Les intérêts provenant de tous placements de la Caisse.

Le trésorier provincial peut faire des paiements à même la Caisse.

(2) Sous réserve des dispositions de la présente loi et de ses règlements d'exécution, le trésorier provincial peut, sur réquisition de la Commission ou de ses fonctionnaires autorisés, payer à même la Caisse toutes sommes nécessaires pour acquitter les frais des prestations d'assurance-santé accordées par la présente loi.

Comité de placement nommé par règlement.

(3) Des règlements peuvent être établis sous le régime des présentes aux fins

a) D'autoriser la nomination d'un comité, dont les pouvoirs sont définis par les règlements, pour placer à l'occasion toute partie de la Caisse qui n'est pas ordinairement requise pour les fins de la présente loi, et pour vendre ou échanger des valeurs ainsi placées pour d'autres valeurs semblables; et

b) De réaliser les objets du présent article.

PRESTATIONS

Prestations pourvoyant aux mesures préventives, etc.

10. (1) Sous réserve des dispositions de la présente loi et de ses règlements d'exécution, les prestations accordées par ladite loi aux personnes qualifiées doivent pourvoir aux mesures préventives contre la maladie ainsi qu'à l'application des méthodes diagnostiques et traitements curatifs nécessaires.

Catégories de prestations.

(2) Les prestations mentionnées au paragraphe précédent doivent être administrées sous les rubriques suivantes, savoir:

a) Prestations médicales, chirurgicales et obstétricales;

b) Prestations dentaires;

c) Prestations pharmaceutiques;

d) Prestations hospitalières;

e) Prestations infirmières.

Méthodes spéciales et techniques et services auxiliaires pour rendre

(3) Les prestations mentionnées au paragraphe qui précède comprennent les méthodes particulières et techniques et les services auxiliaires susceptibles d'être prescrits et qui peuvent, en conformité de règlements relevant de la

les prestations effectives.

L'importance du besoin doit servir de base d'admissibilité en cas d'urgence et dans des circonstances particulières.

présente loi, être jugés nécessaires pour rendre lesdites prestations effectives dans le cas d'une personne qualifiée.

(4) Nonobstant les dispositions de la présente loi, si, par suite de l'insuffisance d'un personnel, de facilités ou d'outillage professionnels, on constate qu'il n'est pas possible, dans un cas d'urgence ou dans d'autres circonstances, de fournir certaines desdites prestations à toutes les personnes qui y ont droit, les prestations en question doivent, dans la mesure du possible et en conformité des règlements d'exécution de ladite loi, être fournies à celles des personnes susdites qui peuvent, à l'époque, en avoir le plus besoin.

PRESTATIONS MÉDICALES, CHIRURGICALES ET OBSTÉTRICALES

Ententes avec les praticiens pour l'application du système.

II. (1) Pour les fins de l'administration des prestations médicales, chirurgicales et obstétricales, la Commission doit, conformément aux règlements d'exécution de la présente loi, conclure des ententes à cet effet avec les praticiens de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique qui sont régulièrement qualifiés, dûment autorisés et reconnus dans la province, en la présente loi appelés «médecins», y compris les spécialistes et les consultants en diagnostic et traitement médicaux, chirurgicaux et obstétricaux.

Les services professionnels doivent fournir des moyens de protection et diverses méthodes curatives.

(2) Les règlements et ententes susdits doivent être de nature à assurer que, sous réserve des dispositions de la présente loi, les personnes qualifiées recevront, des médecins avec qui les ententes ont été ainsi conclues, tous les moyens de protection contre la maladie, ainsi que tous les traitements, soins et conseils utiles, nécessaires et opportuns en matière médicale, chirurgicale et obstétricale, qui peuvent être prescrits, et lesdits règlements et ententes doivent, sous réserve des conditions et restrictions qui peuvent y être incluses, stipuler

Listes de médecins avec détails de la catégorie de services qu'ils peuvent fournir dans chaque cas.

Droit du médecin d'être inclus dans la liste.

Droit d'une personne de choisir son médecin.

- a) La préparation et la publication de listes de médecins qui ont consenti à soigner, traiter et conseiller les personnes qualifiées, et la catégorie ou les catégories de services pour lesquelles chaque médecin est compétent et qu'il est prêt à fournir;
- b) Le droit de chaque médecin susdit qui désire se faire inclure dans une telle liste, d'être ainsi inclus sur demande à cet effet formulée de la manière prescrite;
- c) Le droit de toute personne qualifiée, autre qu'un enfant, de choisir, dans la liste appropriée, aux époques qui peuvent être prescrites, le médecin par qui elle désire être soignée, traitée et conseillée, et de choisir de la même manière le médecin par qui elle désire qu'un enfant qualifié dont elle a la charge et la surveillance à l'époque considérée, soit soigné, traité et conseillé, sous réserve

dans chaque cas, du consentement du médecin ainsi choisi;

Droit d'une personne aux services de spécialistes et de consultants.

Les personnes qui ont négligé de faire leur choix sont réparties entre les médecins.

Médecins pour l'action préventive contre les maladies et pour la conservation de la santé.

Aucune rémunération pour le médecin qui dépasse sa compétence professionnelle.

Rémunération des médecins.

Nécessité de tenir des registres de clinique.

Divulgateion de renseignements cliniques.

Ententes avec des cliniques approuvées.

Règlements pour l'établissement de catégories de services professionnels, etc.

d) Le droit de toute personne qualifiée aux services de spécialistes et de médecins consultants, ordinairement après consultation du médecin que cette personne peut avoir choisi comme susdit et sur la recommandation de ce dernier, et le droit de cette personne de choisir le spécialiste ou médecin consultant, sous réserve des règlements édictés à cette fin;

e) La répartition entre les divers médecins dont les noms apparaissent sur les listes, et cela dans la mesure du possible et aux termes des ententes conclues par eux, des personnes qualifiées qui, après un avis régulier, ont négligé de faire un choix ou ont été refusées par le médecin qu'elles ont choisi;

f) Les services de médecins pour l'action préventive contre les maladies et pour la conservation de la santé, prévus dans les ententes précitées;

g) Que, sauf en cas d'urgence, aucun médecin n'a droit à une rémunération provenant de la Caisse pour quelque service rendu à une personne qualifiée, dans l'accomplissement duquel le médecin a dépassé sa compétence professionnelle indiquée par les listes susdites;

h) Que la méthode ou les méthodes de rémunération de médecins et le taux de ladite rémunération, que ce soit par tête ou au moyen d'honoraires ou de traitement, ou par une combinaison de ces derniers, ou autrement, seront conformes à ce que peuvent prévoir les ententes susdites avec les médecins, et ces méthodes et taux seront à l'occasion sujets à revision ainsi que peuvent le prescrire les règlements;

i) La tenue, par les médecins, de registres de clinique appropriés et satisfaisants, tel qu'il est prescrit; et

j) Que la responsabilité juridique des médecins sera déterminée en ce qui concerne la divulgation de renseignements cliniques sur une personne qualifiée.

(3) Les ententes conclues avec les médecins sous le régime des dispositions du présent article peuvent comprendre des ententes avec des cliniques approuvées ou des groupes de médecins exerçant en commun, en vertu desquelles les personnes qualifiées peuvent choisir une telle clinique ou un tel groupe de médecins au lieu d'un médecin comme le prévoit le présent article.

(4) Les règlements doivent prescrire

a) Les règles et la procédure à suivre lorsqu'il s'agit de déterminer la catégorie ou les catégories de services professionnels, autres que les services de médecine générale, qui est ou sont de la compétence de chaque médecin désireux d'être inscrit sur une liste comme susdit; et

- b) Les catégories de services qui sont censés des services de médecine générale, à l'égard de la province en général ou de régions ou localités particulières de ladite province, avec les modifications qui peuvent être nécessaires pour faire face à des circonstances spéciales ou des cas particuliers, ou pour parer au cas des praticiens de médecine générale qui ne désirent pas fournir tous lesdits services aux personnes qualifiées.

PRESTATIONS DENTAIRES

Ententes avec les dentistes en vue du programme.

12. (1) Pour les fins de l'administration des prestations dentaires, la Commission doit, conformément aux règlements d'exécution de la présente loi, conclure des ententes avec des dentistes inscrits, y compris les spécialistes en art dentaire, en vue d'appliquer le programme de services dentaires qui peut être établi en conformité desdits règlements.

Conditions nécessaires du programme.

(2) Les termes du programme susdit doivent, sous réserve des conditions et restrictions qui peuvent y être incluses, stipuler

Niveau professionnel reconnu en art dentaire.

a) Que les services prévus seront conformes au niveau professionnel reconnu en art dentaire;

L'étendue du programme est limitée par le nombre de professionnels disponibles.

b) Que les catégories de personnes admises aux prestations en vertu du programme ne dépasseront pas le nombre que les dentistes ayant souscrit à l'entente peuvent traiter à l'occasion en conformité du niveau susdit; et

Extension éventuelle du programme.

c) Que des services dentaires, conformes au niveau susdit, seront fournis à toutes personnes sous le régime de l'assurance-santé, dès que la chose sera possible.

Limité en premier lieu aux personnes ne dépassant pas un âge prescrit.

(3) Sans restreindre la généralité des pouvoirs conférés par le présent article, le programme pourra, en premier lieu, être limité aux personnes ne dépassant pas un âge prescrit, lequel pourra être avancé au besoin, eu égard au nombre de dentistes disponibles pour rendre les services requis.

Nécessité de se présenter pour des services.

(4) Pour l'exécution efficace et économique du programme, les personnes admises aux prestations y visées pourront, conformément aux règlements édictés à cette fin, être tenues de se présenter, à des époques prescrites, au bureau du dentiste qu'elles auront choisi.

Ententes.

(5) Les ententes conclues avec les dentistes comme susdit doivent, sous réserve des conditions et restrictions qui peuvent être incluses dans les règlements édictés à cette fin, stipuler

Listes de dentistes.

a) La préparation et la publication de listes de dentistes qui ont consenti à traiter et conseiller les personnes qualifiées, et la catégorie ou les catégories de services pour lesquelles chaque dentiste est compétent et qu'il est prêt à fournir:

Droit du dentiste d'être inclus dans la liste.

Droit d'une personne de choisir son dentiste.

Répartition entre les dentistes des personnes qui ont négligé de faire leur choix ou qui ont été refusées par le dentiste choisi.

Droit d'une personne aux services d'un spécialiste ou consultant.

Aucune rémunération pour le dentiste qui dépasse sa compétence professionnelle.

Rémunération des dentistes.

Nécessité de tenir des registres de clinique.

Règlements pour l'établissement de catégories de services professionnels, etc.

b) Le droit de tout dentiste inscrit, qui désire se faire inclure dans une telle liste comme susdit, d'être ainsi inclus sur demande à cet effet formulée de la manière prescrite;

c) Le droit de toute personne qualifiée, autre qu'un enfant, de choisir dans la liste appropriée, aux époques qui peuvent être prescrites, le dentiste par qui elle désire être traitée et conseillée, et de choisir de la même manière le dentiste par qui elle désire qu'un enfant qualifié, dont elle a alors la charge et la surveillance, soit traité et conseillé, sous réserve, dans chaque cas, du consentement du dentiste ainsi choisi;

d) La répartition entre les divers dentistes dont les noms apparaissent sur les listes, et cela dans la mesure du possible et aux termes des ententes conclues par eux, des personnes ayant droit aux services prévus par le programme, qui, après un avis régulier, ont négligé de faire un choix ou ont été refusées par le dentiste qu'elles ont choisi;

e) Le droit de toute personne qualifiée aux services de spécialistes et de consultants en art dentaire qui peuvent être recommandés, au besoin, par le dentiste que cette personne peut avoir choisi comme susdit, et le droit de cette personne de choisir le spécialiste ou consultant, sous réserve des règlements édictés à cette fin;

f) Que, sauf en cas d'urgence, aucun dentiste n'a droit à une rémunération provenant de la Caisse pour quelque service rendu à une personne qualifiée, dans l'accomplissement duquel il a dépassé sa compétence professionnelle indiquée par la liste susdite;

g) Que la méthode ou les méthodes de rémunération des dentistes et le taux de ladite rémunération, que ce soit par tête ou au moyen d'honoraires ou de traitement, ou par toute combinaison de ces derniers, ou autrement, seront conformes à ce que peuvent prévoir les règlements, et ces méthodes et taux seront à l'occasion sujets à révision ainsi que peuvent le prescrire les règlements; et

h) La tenue de registres de clinique par les dentistes, tel qu'il est prescrit.

(6) Les règlements doivent prescrire les règles et la procédure à suivre lorsqu'il s'agit de déterminer la catégorie ou les catégories de services professionnels, autres que les services dentaires de nature générale, qui est ou sont de la compétence de chaque dentiste désireux de se faire inscrire sur une liste comme susdit.

PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES

Ententes
concernant
la fourniture
de remèdes.

13. (1) Pour les fins de l'administration des prestations pharmaceutiques, la Commission doit, conformément aux règlements d'exécution de la présente loi, conclure des ententes pour que des drogues, remèdes, substances et appareils convenables et suffisants soient fournis aux personnes qualifiées, et les règlements et ententes susdits doivent permettre aux personnes qualifiées d'obtenir ces drogues, remèdes, substances et appareils, s'ils sont prescrits par le praticien qui les soigne, de toutes personnes qui ont souscrit aux ententes, et lesdits règlements et ententes doivent, sous réserve des conditions et restrictions qui peuvent y être incluses, stipuler

Sauf en ce qui
concerne les
médecins et
les dentistes,
les ententes ne
doivent être
conclues
qu'avec les
pharmaciens
inscrits.

Listes de
pharmaciens.

Droit du
pharmacien
d'être inclus
dans la liste.

Droit d'une
personne de
choisir son
pharmacien.

Commande
écrite pour
des remèdes
et renvoi à
une
commande
antérieure.

Prix des
remèdes
conformes
au tarif.

Formulaire
pharmaceu-
tique.

- a) Que, sauf dans la mesure où les médecins et les dentistes peuvent, conformément aux ententes conclues avec eux, être tenus de fournir ces drogues, remèdes, substances et appareils pour usage immédiat ou en cas d'urgence, ou dans des régions éloignées, les ententes ne seront conclues qu'avec les pharmaciens détaillants (y compris les chimistes et les droguistes) inscrits dans la province;
- b) La préparation et la publication de listes de pharmaciens avec qui des ententes ont été conclues comme susdit;
- c) Que tout pharmacien inscrit dans la province, qui désire se faire inclure dans une telle liste comme susdit, sera ainsi inclus sur demande formulée à cette fin de la manière prescrite;
- d) Que la personne dans l'intérêt de laquelle est donnée une commande pour une drogue, un remède, une substance ou un appareil, a le droit de choisir le pharmacien qui doit remplir la commande;
- e) Que, sauf prescription contraire, un pharmacien ne doit pas fournir de drogues, remèdes, substances ou appareils si la commande à cet effet est rédigée de manière à obliger le pharmacien de se référer à une commande antérieure; et
- f) Que les commandes pour des drogues, remèdes, substances et appareils fournis doivent être cotées par un office, bureau ou comité central pour toute la province, en conformité d'un tarif convenu entre la Commission et les associations représentant les pharmaciens, et selon les règlements édictés à cette fin.

(2) Au besoin, des règlements peuvent être établis, sous le régime des présentes, autorisant un formulaire pharmaceutique provincial pour les fins de la présente loi.

PRESTATIONS HOSPITALIÈRES

Ententes pour
services
hospitaliers.

14. (1) Aux fins de l'administration des prestations hospitalières, la Commission doit, conformément aux règlements d'exécution de la présente loi, conclure des

ententes pour tous les services hospitaliers nécessaires aux personnes qualifiées dans des hôpitaux (y compris les policliniques et les maisons de convalescence), autres que les services hospitaliers pour la tuberculose pulmonaire ou les maladies mentales (sauf disposition contraire), et les règlements susdits doivent, sous réserve des conditions et restrictions qui peuvent y être incluses, stipuler

Listes des hôpitaux avec services disponibles.

Catégories d'hôpitaux auxquels on peut avoir recours.

Traitements hospitaliers sur l'ordre du médecin.

Droit d'une personne de choisir l'hôpital.

Droit de l'hôpital concernant les médecins qui traitent les hospitalisés.

Rémunération des hôpitaux.

Service de salle publique seulement, sauf dispositions des règlements dans certains cas.

- a) La préparation, et la publication qui peut être prescrite, de listes d'hôpitaux qui ont conclu des ententes comme susdit, indiquant les catégories de services hospitaliers que chaque hôpital de ce genre est en mesure de fournir et autorisé à fournir en vertu desdites ententes;
- b) Que, sauf prescriptions contraires, les ententes ne seront conclues qu'avec (i) les hôpitaux reconnus par la province comme «hôpitaux à contributions volontaires et sans but lucratif», (ii) les hôpitaux municipaux; (iii) les hôpitaux des gouvernements provinciaux et (iv) les hôpitaux du gouvernement fédéral, et que lesdits hôpitaux seront, sous réserve de leur classification prévue à l'alinéa a) du présent paragraphe, sur un pied d'égalité en vertu desdites ententes;
- c) Qu'une personne qualifiée a droit à des services hospitaliers seulement lorsqu'ils sont prescrits par le médecin qui la soigne;
- d) Qu'une personne pour laquelle des services hospitaliers sont prescrits comme susdit a le droit de choisir l'hôpital parmi ceux qui sont en mesure de fournir les services requis;
- e) Que le conseil d'administration de chaque hôpital a le droit de déterminer les médecins qui seront admis à traiter les hospitalisés;
- f) Que la rémunération des hôpitaux s'effectuera
 (i) d'après un taux de base pour soins généraux, en tenant compte des méthodes diagnostiques et thérapeutiques non prévues dans les soins généraux, au tarif qui peut être prescrit; ou
 (ii) d'après un taux global pour soins généraux comme susdit, y compris les méthodes diagnostiques et thérapeutiques qui peuvent être prescrites, en tenant compte d'autres méthodes diagnostiques et thérapeutiques spéciales, au tarif qui peut être prescrit; ou
 (iii) d'après telle autre base qui peut être prescrite;
- g) Que les ententes précitées pourvoient au service de salle publique qui peut être prescrit, et que le service de chambre individuelle ne fera pas partie des prestations hospitalières, à moins que, dans un cas particulier, le service de chambre individuelle ne soit considéré, conformément aux règlements établis à cette fin, comme essentiel au bien-être du malade;

Les frais supplémentaires du service de salle privée ou demi-privée sont payables par la personne qualifiée.

Personnes disponibles pour observations cliniques.

Archives de l'hôpital.

Détermination de la responsabilité de l'hôpital concernant la divulgation des données cliniques.

Comment sont déterminés les tarifs hospitaliers.

Rémunération du personnel des «salles closes».

Règlements pour la détermination des catégories de services concernant les hôpitaux.

Ententes concernant les prestations infirmières.

h) Que toute personne qualifiée qui reçoit des services hospitaliers aux termes des ententes mentionnées aux alinéas *f)* et *g)* du présent paragraphe, a droit au service de salle privée ou demi-privée, s'il peut être fourni, pourvu que cette personne paye à l'hôpital la différence de prix en l'espèce;

i) Que toute personne qualifiée qui reçoit des services hospitaliers comme susdit, sera disponible pour des observations cliniques en vue de l'instruction de ceux qui suivent des cours de médecine ou de gardes-malades, conformément aux règlements édictés et aux ententes conclues à cette fin;

j) Que l'hôpital tiendra des archives appropriées et satisfaisantes; et

k) Que la responsabilité juridique de l'hôpital et de son personnel sera déterminée en ce qui concerne la divulgation des données cliniques à l'égard de toute personne qualifiée qui a reçu des services hospitaliers comme susdit.

(2) Lorsque des ententes sont conclues avec des hôpitaux en conformité des dispositions de l'alinéa *f)* du premier paragraphe du présent article, les tarifs de base pour soins généraux peuvent être déterminés, de la manière prescrite, pour chaque hôpital, eu égard aux frais locaux et aux facilités et services fournis par l'hôpital.

(3) Dans le cas des hôpitaux qui ont des pièces dites "salles closes", que ce soit pour des fins d'enseignement ou autrement, le corps médical de ces hôpitaux reçoit la rémunération qui peut être prescrite pour les visites, traitements et conseils relatifs aux personnes qualifiées admises dans ces salles.

(4) Les règlements peuvent prescrire les règles et la procédure à suivre lorsqu'il s'agit de déterminer les catégories de services hospitaliers que chaque hôpital est en mesure de fournir et autorisé à fournir, et ce qui constitue des soins généraux dans chaque cas, ou les règlements peuvent constituer ou désigner une autorité pour la détermination de la totalité ou de chacune des questions précitées.

PRESTATIONS INFIRMIÈRES

15. (1) Aux fins de l'administration des prestations infirmières, la Commission doit, conformément aux règlements d'exécution des présentes, conclure des ententes pour que les personnes qualifiées reçoivent les services infirmiers nécessaires et pour l'administration efficace et économique de ces services.

Règlements.

(2) Les règlements précités doivent, sous réserve des conditions et restrictions qui peuvent y être incluses, stipuler

Gardes-malades enregistrées.

a) Que les ententes susdites seront conclues par l'entremise d'organisations représentant les gardes-malades enregistrées, et qu'elles peuvent prévoir que, dans des circonstances particulières ou pour des fonctions ou fins limitées ou spéciales, les services infirmiers seront fournis par des personnes possédant la formation et l'expérience qui peuvent être prescrites dans le soin des malades, bien qu'inférieures à la formation et à l'expérience nécessaires à l'enregistrement comme garde-malade; que les noms de toutes ces personnes seront portés sur des listes prescrites, indiquant les catégories de fonctions ou de services qu'elles peuvent fournir comme susdit, et que ces listes seront disponibles ainsi qu'il est ordonné pour les fins de la présente loi;

Services infirmiers par d'autres personnes; listes de ces personnes.

b) Que les services infirmiers peuvent être fournis seulement lorsqu'ils sont prescrits par le médecin qui soigne la personne qualifiée;

Services infirmiers s'ils sont prescrits par le praticien.
Appel aux organisations locales.
Compte doit être tenu des aptitudes des gardes-malades désignées pour donner des soins.
Droit de choisir la garde-malade.

c) Que, dans la mesure du possible, les services infirmiers dans chaque région doivent être fournis par l'intermédiaire des organisations locales représentant les gardes-malades enregistrées, et qu'il doit être tenu compte des aptitudes générales, de la formation et de l'expérience particulières, en désignant des personnes pour donner des soins infirmiers;

d) Que toute personne qualifiée, autre qu'un enfant, pour laquelle des services infirmiers sont prescrits, a le droit de choisir, dans la liste appropriée, la garde-malade dont elle désire les soins, et de choisir de la même manière la garde-malade par qui elle désire qu'un enfant qualifié dont cette personne a alors la charge et la surveillance soit soigné, sous réserve, dans chaque cas, du consentement de la garde-malade ainsi choisie et du médecin traitant; et

Les conditions se rapportant aux services de gardes-malades sont sujettes à révision.

e) Que les conditions de service, les heures de travail et les méthodes et taux de rémunération des personnes qui peuvent être employées pour rendre des services infirmiers aux fins de la présente loi, sont sujets à révision et à un nouvel examen, de temps à autre; et

Maintien du niveau professionnel.

f) Le maintien du niveau accepté de la formation et des services de gardes-malades qui peut à l'occasion être reconnu comme satisfaisant.

MEMBRES DE PROFESSIONS LIBÉRALES FAISANT DU
SERVICE MILITAIRE

Disposition
pour la
réintégration
des membres
de professions
libérales
servant dans
les forces
armées de
Sa Majesté.

16. Nonobstant ce qui est contenu dans la présente loi, les règlements établis sous le régime des articles onze, douze, treize, quatorze et quinze des présentes seront de nature à assurer l'établissement ou la réintégration, selon le cas, dans la vie professionnelle civile, des membres des diverses professions mentionnées auxdits articles qui peuvent être libérés des forces navales, militaires ou aériennes de Sa Majesté (y compris les sections féminines de ces forces), l'établissement ou la réintégration en question devant, autant que possible, s'opérer dans la même mesure et sur le même pied que pour l'établissement ou la réintégration de ces personnes si elles avaient été libérées des forces avant l'entrée en vigueur de la présente loi.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT LES
PRESTATIONS

Une fois les
prestations
disponibles,
étude des
conditions
dans la
région;
teneur du
rapport à la
Commission.

- 17.** (1) *a*) Aussitôt que possible après que les prestations deviennent disponibles pour les personnes qualifiées en vertu de la présente loi, et par la suite lorsqu'il semble opportun de le faire, ou sur l'ordre de la Commission, le comité qui en est chargé dans chaque région doit, après avoir fait une étude complète des conditions dans ladite région, ou l'étude que la Commission peut ordonner concernant l'administration des prestations de ladite loi, la disponibilité du personnel professionnel et les facilités relatives à l'administration desdites prestations, préparer pour la Commission un rapport décrivant les conditions qui règnent dans des localités particulières de la région en ce qui concerne les dispositions de la présente loi et, lorsqu'il est jugé nécessaire, renfermant un ou plusieurs projets pour améliorer d'une manière pratique l'administration des prestations susdites et, autant que la chose peut se faire raisonnablement, pour rendre ces prestations promptement disponibles aux personnes vivant dans toutes parties de la région, et le rapport doit indiquer, en suivant l'ordre d'urgence, les diverses recommandations et leur coût estimatif;
- b*) Aux fins de célérité, le comité peut, dans un rapport préliminaire, faire des recommandations pour fournir sans délai les services de médecine générale et les soins infirmiers voulus dans les localités qui ne sont pas suffisamment desservies ou qui ne sont pas susceptibles d'être suffisamment desservies à l'égard de ces services;

Rapport préliminaire
du comité.

La Commission peut ordonner une étude et un rapport avant de rendre les prestations disponibles.

Devoir de la Commission sur réception des rapports.

Pouvoir de la Commission de changer ou de modifier les ententes concernant une région particulière ou de substituer un projet.

Pouvoirs de recouvrer le coût des traitements prévus par la présente loi en ce qui concerne les personnes ayant droit à des avantages semblables en vertu de la Loi des accidents du travail ou autrement.

c) La Commission peut ordonner que ces étude et rapport soient faits en ce qui concerne une région avant que les prestations deviennent disponibles sous le régime de la présente loi.

(2) La Commission doit considérer tous rapports ainsi rédigés et, après les enquêtes et investigations supplémentaires qui peuvent sembler nécessaires ou opportunes, doit, sous réserve des dispositions du paragraphe suivant, appliquer un programme qui peut alors être jugé pratique et recommandable pour rendre les prestations de la présente loi accessibles aux personnes qualifiées dans toute la province.

(3) Si, en ce qui concerne une région particulière, il n'est pas raisonnablement possible, selon la Commission, d'administrer d'une manière satisfaisante une ou plusieurs prestations de la présente loi en vertu des ententes générales conclues pour leur administration, la Commission peut, sous le régime d'un règlement d'exécution de la présente loi,

- a) Conclure d'autres ententes pour l'administration des prestations dans cette région; ou
- b) Appliquer le système modifié de prestations de la présente loi qui peut être pratique pour cette région; ou
- c) Appliquer le système alternatif de prestations ou de services relatifs à l'assurance-santé et les ententes pour leur administration qui peuvent être jugés appropriés et dans le meilleur intérêt des personnes de la région.

18. (1) Si, en ce qui concerne une blessure ou maladie, une personne a reçu des prestations sous le régime des dispositions de la présente loi, et

- a) qu'à l'égard de cette blessure ou maladie, elle ait recouvré, ou ait droit de recouvrer, aux termes de la Loi des accidents du travail ou de toute autre loi, ou autrement, une indemnité ou des dommages-intérêts pour des traitements ou des soins, ou pour la fourniture de remèdes, drogues, substances ou appareils, qui sont en tout ou en partie des prestations reçues par elle comme susdit; ou
- b) qu'elle ait droit ou ait eu droit de recevoir, aux termes de toute loi mentionnée à l'alinéa a) du présent paragraphe, ou autrement, la totalité ou quelque partie des prestations qu'elle a, de fait, reçues comme susdit sous le régime de la présente loi,

alors, il doit être payé à la Caisse par cette personne, si elle a recouvré une indemnité ou des dommages-intérêts comme susdit, ou par l'autorité ou la personne tenue de verser cette indemnité ou ces dommages-intérêts non recouvrés ou qui est ou était tenue de fournir les services, substances et

appareils mentionnés à l'alinéa *a*) du présent paragraphe, un montant jusqu'à concurrence du coût des prestations reçues par cette personne comme susdit sous le régime de ladite loi, mais n'excédant pas le montant de l'indemnité ou des dommages-intérêts précités, ni le coût des prestations mentionnées à l'alinéa *b*) du présent paragraphe, reçues par cette personne.

Méthode de déterminer le coût, lorsque la Caisse n'effectue aucun paiement direct.

(2) Si la totalité ou quelque partie des prestations reçues comme susdit par une personne, sous le régime de la présente loi, n'a pas comporté un paiement direct provenant de la Caisse, leur coût doit, pour les fins du présent article, être déterminé en tenant compte des services rendus et en conformité des règlements d'exécution de ladite loi.

Dette envers la Couronne.

(3) Tout montant payable à la Caisse sous le régime des dispositions du présent article est recouvrable comme dette envers la Couronne de la personne ou de l'autorité tenue de le payer selon les prescriptions ci-dessus.

APPLICATION PAR LA COMMISSION

Etablissement d'une Commission d'assurance-santé.

19. (1) La présente loi est appliquée par une commission appelée «la Commission d'assurance-santé» (en la présente loi désignée sous le nom de «la Commission») et composée d'un président et du nombre d'autres commissaires que peut à l'occasion déterminer un arrêté du lieutenant-gouverneur en conseil.

Président: qualités requises.

(2) Le président de la Commission doit être un docteur en médecine, régulièrement qualifié, dûment autorisé, reconnu dans la province et ayant exercé la médecine pendant au moins dix ans, et sa nomination relève du lieutenant-gouverneur en conseil.

Le sous-ministre de la Santé ou le directeur provincial de la santé est membre.

(3) Le sous-ministre de la Santé ou le directeur provincial de la Santé est, de droit, membre de la Commission.

Comment est déterminée la nomination des autres membres.

(4) Les autres commissaires sont nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil après consultation des organisations représentant les personnes qualifiées, les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les hôpitaux, les gardes-malades, les travailleurs industriels, les patrons, les agriculteurs, les femmes des villes, les femmes de la campagne et les autres groupes ou catégories que le lieutenant-gouverneur en conseil peut à l'occasion déterminer par arrêté. Toutefois, au moins un de ces commissaires doit être nommé pour chacune des professions, des associations provinciales d'hôpitaux et des associations provinciales de gardes-malades et chacun des autres groupes ou catégories susdits.

Réserve.

Nominations
lorsqu'il
n'existe
aucune organi-
sation repré-
sentant les
personnes
qualifiées.

(5) A défaut d'organisations représentant les personnes qualifiées, le lieutenant-gouverneur en conseil peut nommer un ou plusieurs commissaires choisis de la manière qu'il détermine par arrêté.

Durée des
fonctions du
président et
des autres
commissaires.

(6) Le président de la Commission reste en fonctions pendant la période que peut fixer le lieutenant-gouverneur en conseil, mais son mandat ne doit pas excéder dix ans, et chacun des autres commissaires nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil reste en fonctions pendant une période de deux, quatre ou six ans, selon que le détermine, dans chaque cas, l'arrêté nommant le commissaire, mais la durée des fonctions des divers commissaires nommés en premier lieu sous le régime de la présente loi doit, autant que possible, être déterminée de manière que le mandat d'un nombre égal d'entre eux expire à la fin de chacune des périodes précitées, après quoi les nominations à la Commission, autres que celle du président, seront pour une période de six ans. Cependant, toute personne nommée pour remplir une vacance, au sein de la Commission, causée par un décès, une démission ou toute autre circonstance, ne détiendra sa charge que jusqu'à la date où la personne qu'elle remplace aurait régulièrement terminé sa période d'activité.

Réserve.

Vacance pour
cause,
invalidité ou
âge avancé.

(7) Le poste d'un commissaire nommé sous le régime de la présente loi devient vacant pour cause, ou par suite d'une invalidité permanente, ou dès que le titulaire a atteint l'âge de soixante-dix ans.

Un commis-
saire peut
être nommé
de nouveau.

(8) A l'expiration de son mandat, un commissaire, s'il n'a pas atteint l'âge de soixante-dix ans, peut être nommé de nouveau.

Devoirs du
président
comme fonc-
tionnaire ad-
ministratif
en chef.

20. (1) Le président de la Commission en est le fonctionnaire administratif en chef et il a, conformément aux dispositions de la présente loi, des règlements d'exécution de ladite loi et des directives formulées à l'occasion par la Commission, la surveillance et la direction des travaux de la Commission ainsi que des fonctionnaires nommés pour l'accomplissement de ces travaux.

Traitement
du président;
emploi à
temps
continu.

(2) Le président reçoit le traitement que prescrit le lieutenant-gouverneur en conseil, et il doit consacrer tout son temps aux travaux de la Commission.

Rémunéra-
tion et frais de
déplacement
des commis-
saires.

21. Aucun membre de la Commission, sauf le président, ne doit recevoir de traitement, mais chaque membre touche la rémunération et les frais de déplacement, relatifs aux travaux de la Commission, que peut approuver le lieutenant-gouverneur en conseil.

Réunions
de la Com-
mission.
Epoques et
endroits.

22. (1) La Commission doit se réunir au moins deux fois l'an aux endroits et jours qu'il lui est loisible de fixer, et elle peut aussi se réunir à d'autres époques, selon qu'elle le juge nécessaire.

Règlements
établissant
la procédure
et le quorum
aux réunions.

(2) Les règlements d'exécution de la présente loi doivent prescrire

a) La procédure à suivre concernant la convocation et la conduite des réunions de la Commission, et

b) Le nombre de commissaires qui constituent quorum à une réunion.

Statuts.

(3) Sous réserve desdits règlements, la Commission peut établir des statuts pour la conduite de ses affaires, et elle peut prévoir l'expression, par la poste, d'un assentiment ou dissentiment sur toute question soumise par la poste aux commissaires.

La Commis-
sion est une
corporation.

23. (1) La Commission est un corps constitué qui a la capacité de passer des contrats et d'ester en justice au nom de la Commission.

Pouvoir
d'acquérir,
de détenir et
d'aliéner
des biens.

(2) Pour les fins de la présente loi, la Commission a le pouvoir d'acquérir, de détenir et d'aliéner des biens meubles et, avec l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, des biens immeubles.

Siège.

(3) Le siège de la Commission est établi dans la ville d.....

Employés de
la Commis-
sion.
Nomination
et emploi.

24. (1) Les fonctionnaires, inspecteurs, commis et autres préposés nécessaires à la conduite régulière des affaires de la Commission, à son siège ou ailleurs, sont nommés et employés de la manière autorisée par la loi de la province concernant le service public.

Nomination
d'un person-
nel profes-
sionnel et
qualifié.

(2) Outre l'observation de toutes les autres prescriptions en vue d'obtenir la nomination de personnes aptes et compétentes comme fonctionnaires, commis et employés, toute personne nommée à une charge exécutive, administrative ou autre exigeant une formation et une expérience professionnelles en médecine, en art dentaire, en pharmacie, en science hospitalière ou dans le soin des malades, doit être choisie après consultation des organisations représentant, respectivement, les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les hôpitaux ou les gardes-malades enregistrées, selon qu'il peut être approprié pour déterminer son aptitude à s'acquitter des fonctions et responsabilités de cette charge.

Frais
d'exécution.

25. Sauf dispositions contraires de la présente loi, les frais d'exécution de ladite loi, y compris la rémunération du président, des fonctionnaires, commis et employés, sont acquittés à même les deniers votés par la Législature.

RÉGIONS ADMINISTRATIVES

La province est répartie en régions de santé publique et régions d'assurance-santé.

Administration unique de la santé publique et de l'assurance-santé.

Facteurs à considérer dans l'établissement d'une région.

Délimitation des régions.

Manière d'utiliser les facilités existantes.

26. (1) Pour l'administration économique et efficace des services sanitaires et de l'assurance-santé, la province est répartie en zones connues, aux fins de santé publique, comme «régions de santé publique» et, aux fins d'assurance-santé, comme «régions d'assurance-santé».

(2) Dans chacune desdites régions, est établie une administration unique de tous les services de santé publique ressortissant au département d'hygiène de la province, et de l'assurance-santé relevant de la Commission, avec telle disposition, pour assurer la coopération entre les administrations susdites dans chaque région, qui peut être jugée nécessaire et utile aux intérêts de la santé publique.

(3) Avant la délimitation des zones que doit comprendre une région, il faut tenir compte

- a) Des limites des zones d'administration locale et des zones de district scolaire;
- b) Des mesures déjà prises pour les services de santé publique par les autorités à l'intérieur desdites zones;
- c) De la suffisance de la population dans toute région projetée pour l'établissement économique de services de santé publique adéquats;
- d) Des sources naturelles d'approvisionnement d'eau et des nécessités de drainage, tant actuelles que projetées;
- e) Des voies de communication en direction ou à l'intérieur de chaque région projetée;
- f) Des facilités d'hospitalisation et de leur situation dans chaque région projetée et les régions avoisinantes;
- g) De la relation de chaque région projetée avec les régions avoisinantes et les régions dans leur ensemble; et
- h) De tous les autres éléments censés influencer sur le choix de régions appropriées aux fins susdites.

(4) Sous réserve des dispositions du présent article, les régions doivent être délimitées par l'autorité provinciale que peut désigner à cette fin le lieutenant-gouverneur en conseil, après entente avec le département d'hygiène de la province et la Commission.

(5) Lesdites autorités et la Commission, de concert avec les représentants choisis par les administrations locales dans toute région, ou une région projetée, doivent élaborer un plan pour répartir, entre les différentes administrations locales dans la région, ceux des frais des services de santé publique auxquels il n'est pas autrement pourvu dans la présente loi, et pour utiliser, à des fins sanitaires dans la région, les facilités et le personnel de santé publique des administrations locales dans la région, et elles doivent soumettre ledit plan à l'examen desdites administrations locales.

Arbitrage dans le cas d'une objection.

(6) Si une semblable administration locale présente une objection à l'égard du plan auxdites autorités et à la Commission dans le délai de . . . jours après la remise d'un exemplaire du plan au greffier de l'administration locale, le plan est soumis à l'arbitrage pour revision ou ratification.

Constitution du bureau arbitral; décision définitive.

(7) Le bureau arbitral se compose de deux représentants choisis par chacune des autorités susdites, de deux personnes choisies par la Commission et de deux personnes choisies par chaque administration locale dans la région, outre le président choisi par le lieutenant-gouverneur en conseil; la décision de la majorité des arbitres est définitive.

Nouvel examen du plan à la demande des autorités sanitaires, et périodiquement à la demande d'une administration locale.

(8) Le plan de répartition des frais peut être soumis à une nouvelle étude et un nouveau projet élaboré par ces autorités, en tout temps, sur la demande du département d'hygiène, ou, à l'expiration de chaque période quinquennale, sur la demande de toute administration locale dans la région, subordonné à l'arbitrage susdit.

Règlements pour l'application du présent article.

(9) La Commission peut établir tous les règlements nécessaires à la réalisation des objets du présent article, et les dispositions susdites sont assujetties aux termes et prescriptions de ces règlements.

Bureaux régionaux et divisionnaires.

27. (1) La Commission doit établir un bureau (appelé bureau régional) dans chaque région d'assurance-santé, et elle peut partager une région en autant de divisions (chacune avec un bureau appelé «bureau divisionnaire») qu'il peut être jugé nécessaire aux fins de la présente loi.

(2) Les fonctionnaires de division dans toute région sont sous l'autorité, la surveillance et la direction générales du bureau régional.

(3) L'organisation, les devoirs et les responsabilités de chaque bureau divisionnaire sont tels que prescrits.

Médecins régionaux.

28. (1) Outre les fonctionnaires et le personnel qui peuvent être établis dans chaque région, celle-ci doit compter un fonctionnaire de la Commission appelé «médecin régional» et le nombre de médecins régionaux adjoints que la Commission peut au besoin déterminer comme nécessaire aux fins de la présente loi.

Emploi et rémunération.

(2) Les médecins régionaux et les médecins régionaux adjoints peuvent être employés à temps continu ou à temps partiel selon les conditions de chaque région, et leurs traitements sont acquittés à même la Caisse.

(3) Sous réserve des règlements d'exécution des présentes, les fonctions et attributions du médecin régional sont

- a) De conseiller les praticiens dans l'accomplissement de leurs devoirs prévus par la présente loi;
- b) De se maintenir en contact avec les praticiens aux fins de relever le niveau de services visé par la présente loi;

- c) D'examiner les archives cliniques et autres de praticiens et d'hôpitaux, et de s'assurer qu'elles sont exactes et suffisantes;
- d) D'enquêter sur tout cas de prétendue prescription excessive de drogues, de remèdes, de substances ou d'appareils par un praticien; et
- e) D'accomplir les autres devoirs et d'assumer les autres charges qui peuvent être prescrits.

COMITÉS REPRÉSENTATIFS

Comité représentatif des hôpitaux et des professions fournissant des prestations.

29. (1) Aux fins de consultation concernant les termes de tout règlement établi ou à établir sous l'autorité des articles onze, douze, treize, quatorze et quinze de la présente loi, et pour conclure les ententes mentionnées auxdits articles avec des hôpitaux, ou avec les membres d'une profession, en vue de fournir les prestations prévues à la présente loi, la Commission peut reconnaître tout comité qui la convainc qu'il représente des hôpitaux ou les membres de l'une desdites professions, et qu'il est autorisé ou constitué pour aider et sauvegarder les intérêts des hôpitaux ou des membres de l'une desdites professions, selon le cas, touchant le fonctionnement de la présente loi; dès qu'il est ainsi reconnu, ledit comité est censé un comité nommé pour les fins mentionnées au présent paragraphe.

Pouvoir de la Commission sur l'élection ou la nomination d'un comité.

(2) Lorsque la Commission n'est pas convaincue concernant les matières susdites à l'égard d'un comité, ou à défaut dudit comité, concernant des hôpitaux ou les membres d'une profession, selon le cas, elle doit, de la manière prescrite, assurer l'élection d'un comité ou, faute d'agir ainsi, nommer un comité pour les fins mentionnées au paragraphe précédent.

Reconnaissance par la Commission d'un comité nommé spécialement par une profession organisée par une loi.

(3) Nonobstant toute disposition précédente du présent article, et sous réserve du paragraphe suivant, si les membres d'une profession sont organisés en vertu d'une loi de la province applicable auxdits membres, l'exécutif de cette organisation, quel que soit le titre de ce dernier, peut nommer un comité pour les fins mentionnées au paragraphe premier du présent article parmi les membres de ladite organisation, y compris les membres de cet exécutif, et la Commission doit reconnaître le comité ainsi nommé à ces fins si elle reçoit la preuve de cette nomination.

Application aux dentistes et aux pharmaciens seulement.

(4) Sauf prescriptions contraires, les dispositions du paragraphe précédent ne s'appliquent qu'aux membres de la profession de dentiste et de la profession de pharmacien.

La Commission peut reconnaître un comité régional, en assurer l'élection ou le nommer.

(5) Lorsque, dans une région ou zone particulière, plutôt que dans la province en général, les intérêts des hôpitaux ou des membres de l'une desdites professions sont en jeu, la Commission, de concert avec le comité intéressé pour la province dans son ensemble, peut, de la manière prescrite,

reconnaître un comité, en assurer l'élection ou, si les circonstances l'exigent, le nommer dans cette région ou zone pour les fins mentionnées au paragraphe premier du présent article.

Comités ou conseils pour fins consultatives ou exécutives.

30. (1) Outre les pouvoirs attribués à la Commission par d'autres dispositions de la présente loi en vue d'établir des comités pour les fins de ladite loi, au moyen d'un règlement établi sous l'autorité des présentes, la Commission peut, dans toute région ou zone, ou pour la province en général, établir les comités, conseils ou autres corps ou organismes qui peuvent être jugés utiles pour fins consultatives, administratives ou exécutives ou pour obtenir une coopération efficace dans l'application de la présente loi et de toute autre loi visant la conservation de la santé ou le bien-être public.

Constitution, devoirs, etc., des comités.

(2) La constitution, les devoirs, les pouvoirs et la procédure desdits comités, conseils ou autres corps ou organismes doivent être tels que prescrits dans les règlements.

DÉCISION DES QUESTIONS

Décision des questions concernant les droits des personnes.

31. (1) Lorsqu'il s'agit de décider du droit d'une personne à quelque prestation, la question doit être tranchée par la Commission, ou par une personne qu'elle nomme à cette fin, en conformité des règlements établis en l'espèce.

Appel d'une décision de la Commission.

(2) Si une personne est lésée par une décision prévue ci-dessus au présent article, elle peut interjeter appel de la manière prescrite sur une question de droit à un juge en chambre, et la décision dudit juge est définitive.

Pouvoir de demander à la Cour une opinion, un avis ou une directive sur la loi.

(3) La Commission peut, par motion, demander à la Cour supérieure de la province l'opinion, l'avis ou les directives de la Cour sur toute question de droit concernant l'application de la présente loi.

Pouvoir d'exiger la présence et les dépositions de témoins et la production de documents.

(4) Toute personne nommée en conformité des règlements d'exécution du présent article pour tenir une enquête et en faire rapport à la Commission peut, par assignation, exiger de tout individu qu'il comparaisse à l'époque et au lieu énoncés dans l'assignation, afin d'y rendre témoignage ou de produire tout document commis à sa garde ou sous son contrôle concernant la question à décider, et elle peut entendre les témoignages sous serment et, à cette fin, déférer des serments. Toutefois, nul n'est tenu, en conformité de cette assignation, de se déplacer à plus de dix milles de son lieu de résidence si les frais nécessaires de sa comparution ne lui sont pas versés ou offerts.

Réserve.

Peine pour qui néglige de comparaître et de rendre témoignage.

(5) Quiconque refuse ou volontairement néglige de comparaître, en conformité de ladite assignation délivrée sous l'autorité du présent article, ou de rendre témoignage, ou refuse de produire un registre ou document qu'il peut être

tenu de produire pour les fins du présent article, est passible, après déclaration sommaire de culpabilité, d'une amende d'au plus vingt-cinq dollars.

Pouvoir de
réviser les
décisions.

(6) Sur des faits nouveaux portés à sa connaissance, la Commission peut réviser toute décision par elle rendue sous l'autorité du présent article, autre qu'une décision contre laquelle un appel est pendant ou à l'égard de laquelle le délai pour appel n'est pas expiré. Toute décision ainsi révisée est susceptible d'appel, de la même manière qu'une décision originaire.

Règles con-
cernant les
appels.

(7) La Cour peut établir des règles régissant les appels visés au présent article, et ces règles doivent prévoir la fixation du délai dans lequel un appel visé au présent article peut être interjeté, la décision par voie sommaire dudit appel, et l'obligation de donner avis de cet appel à la Commission.

Droits de la
Commission
à l'occasion
d'un appel.

(8) La Commission a le droit d'être représentée et entendue lors de tout appel prévu au présent article.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET CONTESTATIONS; APPELS

Procédure
concernant
l'examen des
réclamations
et des con-
testations.
Règlements.

32. (1) Il peut être établi des règlements sous l'autorité de la présente loi prescrivant la manière dont les réclamations ou les contestations peuvent être présentées à l'examen de la Commission, ainsi qu'il est prévu ci-après au présent article.

(2) Pour étudier toute réclamation présentée par

a) une personne qui est ou était, ou qui prétend être ou avoir été, qualifiée, ou pour le compte de ladite personne, contre

(i) un individu ou un hôpital intéressé à procurer une prestation ou un service à des personnes qualifiées, ou

(ii) la Commission ou quelque fonctionnaire ou autre personne agissant pour le compte de la Commission; ou

b) un individu ou un hôpital intéressé à procurer une prestation ou un service à des personnes qualifiées, contre

(i) un autre individu ou hôpital de ce genre, ou

(ii) une personne qui est ou était qualifiée, ou

(iii) la Commission ou quelque fonctionnaire ou autre personne agissant pour le compte de la Commission; ou

c) la Commission contre

(i) toute personne qualifiée, ou

(ii) tout individu ou hôpital intéressé à procurer une prestation ou un service à des personnes qualifiées,

et aussi pour examiner une contestation entre toutes parties susmentionnées, la Commission doit, au moyen de règlements d'application de la présente loi, instituer des

Institution
de comités.

comités, pour la province en général ou pour des régions ou zones, selon qu'il paraît opportun, et la constitution, les devoirs, les pouvoirs et la procédure de chacun de ces comités doivent être tels que prescrits dans les règlements.

(3) Si

- a) une personne qui est ou était, ou qui prétend être ou avoir été, qualifiée, ou un individu pour le compte de cette personne, ou
- b) une personne avec laquelle des ententes ont été conclues en vertu des dispositions de la présente loi pour procurer des prestations ou des services à des personnes qualifiées, ou
- c) un hôpital, ou
- d) la Commission

est intéressée dans une réclamation ou est partie dans une contestation, les règlements susmentionnés doivent prescrire que la réclamation ou contestation sera déferée à un comité composé, outre le président, de membres choisis de la manière prescrite en nombre égal, respectivement, parmi

(i) les personnes qualifiées, si l'une d'entre elles est intéressée dans la réclamation ou est partie dans la contestation;

(ii) les membres de la profession de la personne mentionnée à l'alinéa b) du présent paragraphe, si ladite personne est intéressée dans la réclamation ou est partie dans la contestation;

(iii) les noms d'une liste de personnes désignées tel que prescrit pour les fins du présent article à l'égard des hôpitaux, si un hôpital est intéressé dans la réclamation ou est partie dans la contestation;

(iv) les noms d'une liste de personnes désignées tel que prescrit pour les fins du présent article à l'égard de la Commission, si cette dernière est intéressée dans la réclamation ou est partie dans la contestation.

(4) Les règlements doivent prescrire les catégories de cas que la Commission peut régler d'après les conclusions et la recommandation du comité auquel la contestation ou réclamation est déferée pour examen et les catégories de cas où un appel peut être interjeté des conclusions du comité, ainsi que la nature de l'appel; toutefois, il doit être pourvu à un appel dans tous les cas où entre en jeu le droit d'une personne ou d'un hôpital de continuer à procurer des prestations ou services visés par la présente loi.

(5) Les règlements doivent prescrire que tous les appels mentionnés à la réserve du paragraphe précédent seront déferés par la Commission à un comité d'appel formé d'un membre du barreau ou d'un procureur et d'au moins deux personnes, choisies comme le prescrivent les règlements, parmi les personnes qualifiées ou dans la profession de la personne intéressée ou parmi les représentants

Renvoi des réclamations et contestations à un comité.

Composition du comité.

Règlements déterminant les cas qui peuvent être réglés d'après les conclusions du comité; catégories des cas où l'appel est permis.

Réserve.

Comité d'appel; sa composition et portée de ses recommandations.

des hôpitaux, selon le cas, et la Commission doit, de la manière prescrite, donner effet aux recommandations de ce comité.

Consultation.
L'article 29
s'applique.

(6) Aux fins de consultation concernant les termes de tout règlement établi ou à établir sous l'autorité du présent article, les dispositions pertinentes de l'article vingt-neuf de la présente loi doivent s'appliquer.

Sous-comité.

(7) Pour l'établissement d'un comité prévu au présent article, l'expression «comité» peut comprendre toute subdivision d'un comité institué en vertu de la présente loi.

INSPECTION

Pouvoirs des
inspecteurs.

33. (1) Chaque individu autorisé par la Commission à agir en qualité d'inspecteur a, pour les fins d'application de la présente loi, le pouvoir

- a) De pénétrer à toutes heures raisonnables dans tout local ou endroit, autre qu'une habitation privée qui n'est pas un atelier, où il a un motif plausible de supposer que des personnes sont employées, et d'instituer l'examen et l'enquête nécessaires pour constater si les dispositions de la présente loi sont observées dans ledit local ou endroit;
- b) D'interroger verbalement, seul ou en présence d'une autre personne, comme il le juge à propos, sur toutes matières ressortissant à la présente loi, chaque personne qu'il trouve dans ce local ou endroit ou qu'il a une cause raisonnable de considérer comme étant ou ayant été une personne employée, et d'exiger que cette personne soit ainsi interrogée et signe une déclaration attestant la véracité des faits sur lesquels elle est ainsi interrogée; et
- c) D'accomplir toutes autres choses nécessaires à la mise en vigueur de la présente loi ou prescrites à cette fin.

Les occupants
des locaux
doivent
faciliter
l'inspection.

(2) L'occupant de ce local ou endroit et tout autre individu employant une personne, ainsi que les serviteurs et agents dudit occupant ou autre individu, et tout semblable employé doivent fournir à l'inspecteur tous les renseignements et produire pour inspection tous les registres, livres, cartes, bordereaux de salaires, registres de salaires et autres documents que l'inspecteur peut raisonnablement exiger.

Inspection
par les fonc-
tionnaires
d'autres
ministères ou
gouverne-
ments.

(3) Lorsque ce local ou endroit est susceptible d'être inspecté par des inspecteurs ou autres fonctionnaires d'une autre division ou d'un autre ministère du gouvernement de la province ou de quelque autre province, ou du gouvernement du Canada, ou qu'il est sous la direction de ladite division ou dudit ministère, la Commission peut conclure des ententes avec l'autorité qui dirige l'inspection, ou qui a

la direction d'une division ou d'un ministère comme susdit, pour l'exercice de tous pouvoirs et devoirs des inspecteurs, sous le régime du présent article, par des inspecteurs ou autres fonctionnaires de l'autorité susmentionnée; et, à la suite desdites ententes, ces inspecteurs et fonctionnaires possèdent les attributions d'un inspecteur relevant du présent article.

L'inspecteur doit produire le certificat de sa nomination.

(4) Tout inspecteur doit être pourvu du certificat réglementaire de sa nomination, et lorsque, pour les fins de la présente loi, il demande son admission dans tout local ou endroit, il doit, s'il en est requis, montrer ledit certificat à l'occupant.

Peine pour qui retarde ou entrave l'inspection.

(5) Quiconque volontairement retarde ou entrave un inspecteur dans l'exercice de toute fonction prévue au présent article ou néglige de fournir les renseignements ou de produire les documents y requis, ou soustrait ou tente de soustraire un individu à sa comparution devant un inspecteur ou à son interrogatoire par celui-ci, ou empêche ou tente d'empêcher un individu de comparaître devant un inspecteur ou d'être interrogé par ce dernier, est coupable d'une infraction à la présente loi et passible, sur déclaration sommaire de culpabilité, d'une amende d'au plus vingt-cinq dollars.

Questions tendant à incriminer.

(6) Nul n'est tenu, sous l'autorité du présent article, de répondre à une question ni de fournir une preuve tendant à l'incriminer.

INFRACTIONS, POURSUITES, ETC.

Peine pour fausse représentation.

34. Lorsqu'un individu fait sciemment une fausse déclaration ou une fausse représentation aux fins d'obtenir une prestation ou un paiement prévu par la présente loi, soit pour lui-même, soit pour une autre personne, ou pour se soustraire à un paiement qu'il doit lui-même effectuer sous l'autorité de la présente loi ou pour permettre à une autre personne de se soustraire à ce paiement, il est coupable d'une infraction à la présente loi et passible, sur déclaration sommaire de culpabilité, d'un emprisonnement pour une période d'au plus trois mois, avec ou sans travaux forcés.

Peine pour infraction ou désobéissance.

35. Lorsqu'un individu volontairement contrevient, ou omet ou néglige de se conformer, à l'une des prescriptions de la présente loi ou de ses règlements d'exécution concernant laquelle aucune peine n'est prévue, ou omet ou néglige de verser les contributions qu'il est tenu d'acquitter en vertu de la présente loi, il est coupable d'une infraction à cette loi et encourt, pour chaque infraction de ce genre, sur déclaration sommaire de culpabilité, une amende d'au plus deux cent cinquante dollars ou l'emprisonnement pendant au plus trois mois, ou, à la fois, l'amende et l'emprisonnement.

Peine additionnelle.

Toutefois, lorsqu'une personne est déclarée coupable d'avoir omis ou négligé d'acquitter une contribution, il lui sera imposé, en plus de la peine susmentionnée, une autre amende égale au montant de la contribution qu'elle a omis ou négligé de payer, laquelle amende supplémentaire doit être versée à la Caisse d'assurance-santé.

Peine pour la vente ou l'usage inapproprié de carnets, de cartes, de timbres, etc.

36. (1) Quiconque achète, vend ou offre en vente, prend ou donne en échange, ou prend ou donne en nantissement, une carte d'assurance, un carnet d'assurance ou un timbre usagé d'assurance-santé, ou tout document ou objet servant à l'exécution de la présente loi, ou a en sa possession l'un quelconque de ces objets dont la possession lui est interdite, est coupable d'une infraction à la présente loi et passible, sur déclaration sommaire de culpabilité, pour chaque infraction semblable, d'une amende d'au plus deux cent cinquante dollars ou de l'emprisonnement pendant au plus trois mois, ou, à la fois, de l'amende et de l'emprisonnement.

Quels timbres sont censés usagés.

(2) Pour les fins du présent article, un timbre d'assurance est censé usagé s'il a été oblitéré ou mutilé de quelque manière, qu'il ait servi réellement ou non au paiement de la contribution.

Autorisation d'intenter et de diriger les poursuites.

37. (1) Les poursuites pour une infraction à la présente loi ne doivent être intentées qu'avec le consentement écrit de la Commission ou par un inspecteur ou autre fonctionnaire nommé en vertu de la présente loi et autorisé à cet effet par des instructions spéciales ou générales de la Commission.

Intentées dans les trois mois de la découverte d'une infraction.

(2) Les poursuites pour une infraction à la présente loi peuvent être intentées en tout temps dans les trois mois de la date à laquelle une preuve suffisante, selon la Commission, pour justifier une poursuite à l'égard de ladite infraction parvient à sa connaissance, ou dans les douze mois de l'infraction, suivant la période la plus longue.

Le certificat de la Commission constitue une preuve de la date.

(3) Aux fins du présent article, le certificat, émis par la Commission, de la date à laquelle cette preuve est venue à sa connaissance en constitue une preuve péremptoire.

Les sommes dues sont recouvrables comme dettes civiles.

38. Toute somme due à la Caisse en vertu de la présente loi est recouvrable comme dette envers la Couronne du chef de la province, et la Commission, sans préjudice de tout autre recours, peut la recouvrer comme dette civile. Cependant, les procédures en recouvrement de cette dette ne doivent être introduites que dans les trois ans de la date où elle est devenue exigible.

Réserve.

Recours civil de l'employé contre son patron pour sa négligence à se conformer à la présente loi.

39. (1) Lorsqu'un patron omet ou néglige d'observer, à l'égard d'une personne à son emploi, les prescriptions de tous règlements sur le versement et la perception des contributions, et qu'en conséquence cette personne perd son

droit de recevoir une prestation qui lui serait acquise sans cette omission ou cette négligence, la Commission peut, soit fournir à cette personne la prestation, soit lui verser la valeur de la prestation qu'elle a ainsi perdue, selon les circonstances de l'espèce, et elle doit recouvrer du patron, comme dette civile, une somme égale à la valeur de la prestation ainsi fournie ou au montant ainsi versé.

Les poursuites peuvent être prises dans l'année.

(2) Les poursuites prévues par le paragraphe précédent du présent article peuvent être intentées en tout temps dans l'année qui suit la date à laquelle cette personne aurait eu, sans l'omission ou négligence du patron, le droit de recevoir la prestation qu'elle a perdue.

Peine pour avoir reçu une prestation à la faveur d'une dissimulation ou fausse représentation d'un fait important.

(3) S'il appert en tout temps qu'une personne, à la suite d'une dissimulation ou fausse représentation (frauduleuse ou non), par elle, d'un fait important, a reçu une prestation lorsqu'elle n'y avait pas droit, cette personne est tenue de verser à la Caisse une somme égale à la valeur de la prestation qu'elle a ainsi reçue.

Poursuites additionnelles.

(4) Des poursuites peuvent être prises en vertu du présent article, nonobstant celles intentées sous le régime de toute autre disposition de la présente loi à l'égard de la même omission ou négligence.

Valeur de la prestation.

(5) Aux fins du présent article, il peut être établi des règlements, sous l'autorité de la présente loi, pour déterminer la valeur de toute prestation.

RÈGLEMENTS

Règlements sur des matières additionnelles.

40. (1) Outre l'autorisation d'établir des règlements qui lui est conférée ailleurs dans la présente loi, la Commission peut en édicter

Renvoi aux comités des questions d'application.

a) Régissant le renvoi, devant tout comité établi selon la présente loi, des questions portant sur l'application de ladite loi, pour examen et avis;

Prestations pour nouveaux résidents.

b) Prescrivant la période pour laquelle les contributions doivent être acquittées par une personne qui s'établit dans la province après la date qui peut être déterminée, ou pour le compte de cette personne, et les autres conditions à observer, avant qu'elle ait droit aux prestations prévues par la présente loi, et prescrivant toute limitation desdites prestations applicable à ces personnes ou à une catégorie de celles-ci;

Peines pour violation des règlements.

c) Prescrivant des peines pour la violation de tout règlement, y compris des amendes maxima et minima; toutefois, une amende prescrite ne doit pas dépasser deux cent cinquante dollars, ni une période d'emprisonnement excéder trois mois; et

d) Généralement, pour l'application de la présente loi.

Modification des dispositions de la loi par des règlements.

(2) Les règlements établis sous l'autorité de la présente loi peuvent contenir les dispositions accessoires, supplémentaires ou indirectes qui paraissent nécessaires pour modifier les dispositions de cette loi, et tout règlement peut être modifié ou révoqué par un règlement subséquent, édicté de la même manière.

Approbation et publication des règlements.

(3) Tout règlement établi en exécution de la présente loi est sans effet tant qu'il n'est pas approuvé par le lieutenant-gouverneur en conseil et publié dans la Gazette Il devient alors exécutoire comme s'il était édicté dans la présente loi et doit être soumis, pour ratification, à l'Assemblée législative dans les deux semaines de l'approbation, ou, si l'Assemblée législative n'est pas alors en session, dans les deux semaines qui suivent l'ouverture de la prochaine session de ladite Assemblée.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Rapport annuel présenté par la Commission au Ministre.

41. (1) Dans le mois qui suit le trente et unième jour de mars de chaque année, ou dans toute période plus longue que peut approuver le lieutenant-gouverneur en conseil, la Commission doit soumettre au Ministre un rapport sur ses opérations et ses affaires pour les douze mois expirant ledit trente et unième jour de mars et contenant les détails que le Ministre peut à l'occasion spécifier. Ce rapport doit renfermer un relevé des frais qui résultent de l'exécution de la présente loi, y compris les frais indirects, avec autant de précision que possible, ainsi qu'un état des services rendus à la Commission par d'autres départements du service public.

Soumis à la Législature.

(2) Dans un délai de quinze jours après qu'il lui a été soumis, le Ministre doit présenter ce rapport à l'Assemblée législative, ou, si cette dernière n'est pas alors en session, dans les quinze jours de l'ouverture de sa prochaine session.

Le lieutenant-gouverneur en conseil peut ordonner à la Commission de faire enquête et rapport.

42. Le lieutenant-gouverneur en conseil peut enjoindre à la Commission de faire enquête et rapport sur toutes les questions qu'il juge opportunes ou nécessaires.

Rapport transmis par l'intermédiaire du Ministre.

43. Tous les rapports, recommandations et exposés que la présente loi requiert de faire au lieutenant-gouverneur en conseil doivent être soumis par l'intermédiaire du Ministre.

La Commission peut demander des renseignements à toute personne.

44. La Commission peut demander à quiconque de fournir par écrit les renseignements qu'elle juge nécessaires aux fins de la présente loi, et, faute de se conformer à cette demande, la personne défaillante se rend coupable d'infraction à la présente loi et devient, sur déclaration sommaire de culpabilité, passible d'une amende n'excédant pas cinquante dollars ou de l'emprisonnement pendant au plus un mois, ou à la fois de l'amende et de l'emprisonnement.

Peine pour défaut.

Amendes
versées à la
province.

45. Toute amende imposée en exécution de la présente loi ou de règlements établis sous son régime est, sauf disposition contraire, payable à Sa Majesté pour le compte de la province, et il en est disposé selon que le lieutenant-gouverneur en conseil peut l'ordonner.

Le lieutenant-
gouverneur
en conseil
peut conclure
des arrange-
ments reci-
proques.

46. Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, nonobstant toute disposition de la présente loi, conclure des ententes avec le gouvernement d'une autre province ou d'un autre pays pour établir des arrangements réciproques concernant l'assurance-santé, ainsi qu'avec le gouvernement du Canada sur des questions relatives à l'assurance-santé pour les Indiens, tels qu'ils sont définis par la *Loi des Indiens*, chapitre quatre-vingt-dix-huit des Statuts révisés du Canada, 1927.

S.R., c. 98.

Vérification
des comptes.

47. Les comptes de la Commission sont assujettis aux dispositions applicables de la Loi sur la vérification.

Contributions
payables à une
date fixée par
la Commis-
sion.

48. Nulle contribution ne sera payable ni payée en exécution des dispositions de la présente loi avant une date que devra prescrire la Commission et dont avis régulier sera publié dans la Gazette....., et de toute autre manière que la Commission peut juger nécessaire.

TROISIÈME ANNEXE

(Article 5)

SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE:

I. PROPHYLAXIE

Pour l'enrayement des maladies contagieuses et pour la distribution gratuite de vaccins, sérums et autres préparations biologiques aux fins de défense préventive et de traitement.

II. CONSULTATION

Pour une aide technique, à titre consultatif, en vue de prévenir et d'enrayer les maladies contagieuses.

III. ÉDUCATION

Pour l'éducation dans le domaine sanitaire, y compris la création d'organismes bénévoles locaux en vue de la dissémination de renseignements éducatifs au moyen d'écrits, de conférences, de la radio et autrement.

IV. HYGIÈNE MENTALE

Y compris des cliniques de psychiatrie pour un diagnostic précoce, et pour coopérer avec le département de l'Éducation dans la création de classes d'enseignement pour les enfants arriérés et déficients.

V. CONTRÔLE SUR LES ALIMENTS ET DROGUES

Pour surveiller les locaux, l'installation et le personnel affectés à la fabrication et à la distribution des aliments, des drogues et des préparations biologiques.

VI. ALIMENTATION

Pour faire des recherches et instruire le public sur la valeur nutritive des aliments.

VII. LABORATOIRES

Pour étendre les laboratoires existants.

VIII. SALUBRITÉ PUBLIQUE

Pour surveiller et ordonner toutes les mesures destinées à assurer des conditions sanitaires satisfaisantes.

IX. STATISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

Pour réunir et disséminer tous renseignements relatifs aux naissances, aux mariages et aux décès; pour réunir des rapports de morbidité et de mortalité sur les maladies contagieuses, à l'égard de tout système d'assurance-santé que la province peut adopter; pour publier un rapport annuel analytique sur les décès et les divers facteurs connexes.

- X. HÔPITAUX ET SANATORIUMS
Pour la surveillance des hôpitaux et des sanatoriums.
- XI. HYGIÈNE DENTAIRE
Pour assurer l'examen dentaire des écoliers tant urbains que ruraux et pour adopter des mesures correctives de concert avec l'autorité d'assurance-santé; pour étendre les cliniques ambulantes afin de procurer un traitement curatif dans les districts éloignés, tant aux adultes qu'aux enfants; et pour augmenter les cliniques dentaires actuelles.
- XII. HYGIÈNE INFANTILE ET MATERNELLE
Pour instituer, sous la direction d'un ou de plusieurs spécialistes, des méthodes reconnues et admises de réduire la mortalité infantile et maternelle.
- XIII. HYGIÈNE INDUSTRIELLE
Pour surveiller la salubrité d'ambiance et tous les facteurs se rattachant à la santé et au bien-être des travailleurs industriels et autres.
- XIV. QUARANTAINE
Pour adopter des mesures empêchant la pénétration et la dissémination de maladies contagieuses dans la province.
- XV. SERVICES INFIRMIERS D'HYGIÈNE PUBLIQUE
Nécessaires à l'action préventive contre les maladies contagieuses, au traitement de ces maladies, à la surveillance des conditions sanitaires dans les logis, ainsi qu'à l'exécution de mesures quaranténaires; pour aider la famille dans l'application des mesures sanitaires et sociales et, en général, pour favoriser la santé.
- XVI. LOGEMENT
Pour surveiller les emplacements, les plans et la construction de maisons.
- XVII. MALADIES VÉNÉRIENNES
Pour enrayer les maladies vénériennes.
- XVIII. TUBERCULOSE
Pour les mesures préventives contre la tuberculose, de concert avec l'autorité d'assurance-santé.
- XIX. CANCER
En vue de pourvoir à un diagnostic et à un traitement précoces et d'instituer un programme éducatif.

XX. CŒUR

Pour prévenir et, sans délai, repérer les maladies de cœur chez les enfants.

XXI. HYGIÈNE SCOLAIRE

Pour l'inspection médicale des écoliers dans toutes les régions de la province afin de découvrir et d'enrayer les maladies et de prévenir et corriger les infirmités physiques.

XXII. ÉPIDÉMIOLOGIE

Pour fournir un personnel qui dirigera toutes études et enquêtes sur la lutte préventive contre les maladies et sur la manière de les enrayer.

XXIII. RECHERCHES

Pour instituer des recherches scientifiques sur les maladies.

Fatto per
Harpell's Press Co-operative
Gardenvale

