BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

J
103
H72
1943/44
S4
A4

CANADA. PARL. C. DES C.
COM. SPEC. DE LA SECURITE SOCIALE.

Procès-verbaux et tém.

DATE | NAME - NOM

No. 1
a
No. 28

1st Ch

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

1943

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 1

SÉANCE DU MARDI 16 MARS 1943

TÉMOIN:

L'hon. I. A. Mackenzie, ministre des Pensions et de la Santé nationale, et président du Comité ministériel de la restauration.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

ORDRE DE RENVOI

Le VENDREDI 5 mars 1943.

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'enquière 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 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, Gershaw, Gregory, Hatfield, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lalonde, Leclerc, Lockhart, MacInnis, MacKenzie (*Neepawa*), Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, McGregor, McIlraith, Mayhew, Mitchell, Picard, Shaw, Slaght, Telford, Veniot, Warren, Wood et Wright; et que soient suspendues à cet effet les dispositions de l'article 65 du Règlement qui limite le nombre des membres des comité spéciaux.

Copie conforme.

Le greffier de la Chambre,

ARTHUR BEAUCHESNE.

RAPPORT À LA CHAMBRE

OTTAWA, le 16 mars 1943.

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-VERBAL

Le MARDI 16 mars 1943.

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

Présents: MM. Blanchette, Bourget, Bruce, Mme Casselman (*Edmonton-Est*), Cleaver, Côté, Diefenbaker, Fauteux, Gershaw, Gregory, Hatfield, Hurtibise, Kinley, Leclerc, Lockhart, MacInnis, MacKenzie (*Neepawa*), Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGregor, McIlraith, Mayhew, Mitchell, Picard, Shaw, Slaght, Telford, Veniot, Warren, Wood, Wright—33.

Sur la proposition de M. Gershaw, l'hon. Cyrus Macmillan est élu président.

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

Sur la proposition de M. Cleaver, il est

Résolu: Que soient imprimés 1,500 exemplaires en anglais et 700 exemplaires en français des procès-verbaux et des témoignages, et des autres documents dont le Comité ordonne la publication.

M. Cleaver propose que le Comité demande que son quorum soit fixé à 12 membres.

M. Lockhart propose en amendement à ce qui précède que le quorum soit fixé à 15 membres.

L'amendement mis aux voix est rejeté et la proposition de M. Cleaver est adoptée.

L'hon. M. Mackenzie dépose le rapport du comité consultatif de la restauration (rapport du professeur L. C. Marsh).

Aussi un avant-projet de loi intitulé: Loi concernant l'assurance-maladie, l'hygiène, la conservation de la santé, la prophylaxie et d'autres matières connexes.

Aussi un résumé du rapport sur la "Sécurité sociale au Canada" (Ce résumé doit être imprimé après l'exposé du ministre).

La décision concernant l'impression du rapport du comité consultatif concernant la 'Sécurité sociale au Canada", en un plus grand nombre d'exemplaires que celui ordonné pour l'usage du Comité est laissée à la discrétion du président et du ministre des Pensions et de la Santé nationale.

Il sera pris, à la prochaine séance, un décision concernant l'impression du rapport Heagerty sur la santé nationale en un plus grand nombre d'exemplaires que celui ordonné pour l'usage du Comité.

Sur la proposition de M. McCann, il est entendu que le président nommera un sous-comité du programme.

Il est convenu que le Dr Heagerty et le Dr Watson témoigneront à la prochaine séance du Comité.

A une heure de l'après-midi, le Comité s'ajourne au vendredi 19 mars, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,

J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 16 mars 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Monsieur le ministre, madame Casselman et messieurs, j'apprécie vivement l'honneur que vous m'avez fait de me choisir comme président, et je remercie sincèrement le docteur Gershaw des paroles élogieuses qu'il a prononcées à mon égard. Je suis certain que nous nous rendons tous compte de l'importance de ce Comité, des difficultés et des problèmes qu'il aura à résoudre, et de la tâche qui lui est dévolue. Quelle que soit la diversité d'opinions au cours des discussions, je suis persuadé qu'un seul esprit et qu'une seule intention nous animeront tous et nous pousseront à faire tout notre possible pour aider le pays. Je vous remercie.

M. BLANCHETTE: Je désire remercier les membres du Comité de l'honneur qu'ils m'ont fait de me nommer vice-président.

Le PRÉSIDENT: Ce matin, nous avons le privilège de compter parmi nous l'honorable Ian Mackenzie, ministre des Pensions et de la Santé nationale. Il soumettra un exposé au Comité.

L'hon. M. MACKENZIE: Monsieur le président, madame Casselman et messieurs, j'avais l'intention de déposer certains documents, une fois mes remarques terminées, mais si vous le permettez, je les déposerai avant de commencer. Je dépose donc immédiatement les documents suivants:

(1) Le rapport du Comité consultatif sur l'assurance-maladie institué par l'arrêté en conseil C.P. 836 du 5 février 1942.

(2) Un rapport sur la sécurité sociale au Canada, préparé à ma demande par le Comité de la restauration.

(3) Un avant-projet de loi favorisant le développement de l'aptitude physique parmi la population du Canada, préparé au ministère des Pensions et de la Santé nationale, ainsi qu'un mémoire interprétatif.

J'ai aussi un bref résumé du rapport sur la sécurité sociale au Canada; avec l'assentiment du Comité, je voudrais l'ajouter aux remarques que je ferai ce matin, puisqu'il pourra être utile aux membres.

Le rapport du comité consultatif sur l'assurance-maladie comprend les sept parties suivantes:

Partie I—L'avant-projet de loi et un résumé de son contenu.

Partie II—Une étude historique de l'assurance-maladie dans le monde entier.

Partie III—Un résumé des dispositions des assurances-maladie en vigueur dans divers pays à l'heure actuelle.

Partie IV—Un rapport concernant les organismes d'hygiène publique au Canada.

Partie V—Un état statistique concernant l'hygiène publique au Canada.

Partie VI—Prévisions du coût de l'assurance-maladie au Canada.

Partie VII—Mémoires présentés par divers organismes au Comité consultatif sur l'assurance-maladie.

Une annexe contenant divers renseignements utiles.

Les tableaux et les cartes qui accompagnent la Partie V ne sont pas inclus dans les volumes reliés du rapport, mais vous sont remis séparément.

Incidemment, qu'on me permette de dire que ce rapport concernant l'assurance-maladie est certainement le recueil le plus complet publié en notre pays ou dans tout autre pays, et je tiens à rendre un hommage personnel au Dr Heagerty et aux autres membres de son comité dont les travaux incessants et la vive intelligence du problème ont rendu possible ce magnifique succès.

Examinons maintenant le rapport du comité consultatif sur la sécurité sociale; la Partie I de ce rapport expose la base fondamentale de la tâche—ce qui comprend: (1) les conditions au Canada, (2) les catégories de besoins sociaux, (3) le rapport entre les normes minima et les lois sociales existantes, (4) l'obtention du minimum social. La Partie II traite de l'embauchage et se subdivise en quatre sections qui selon l'ordre chronologique sont: (5) un programme national d'embauchage, (6) le rajustement professionnel, (7) l'assurance-chômage, et (8) l'aide aux chômeurs. La Partie III fait allusion aux risques universels—maladie, invalidité et vieillesse; la Partie IV porte sur les besoins familiaux y compris les allocations aux enfants, les besoins des femmes sous le régime de la sécurité sociale, les indemnités aux veuves, les allocations maternelles, l'assurance aux survivants, les frais funéraires et autres. Puis la Partie V, la conclusion, présente l'esquisse d'un système complet, et le résumé des relatoins entre les décisions constitutionnelles et administratives, et les considérations d'ordre financier. L'Annexe contient une série de brèves études sur les lois existantes dans le domaine des accidents du travail, des allocations aux mères, de la formation et du placement, des projets de retraite industrielle au Canada, ainsi que sur les fluctuations des loyers et sur la norme minimum. Et maintenant, monsieur le président, j'entame mon exposé au début.

La Charte de l'Atlantique et le rapport Beveridge ont orienté l'esprit public vers les questions de sécurité sociale, non seulement au Canada, mais dans le monde entier.

La Charte de l'Atlantique, proclamée par le président Roosevelt et le premier ministre du Royaume-Uni, le 14 août 1941, place la sécurité sociale parmi les objectifs des Nations Unies, parmi les buts en vue desquels nous poursuivons la guerre.

La Charte énonce, dans son paragraphe 5:

> Ils (désignant les deux nations, Grande-Bretagne et Etats-Unis) désirent amener toutes les nations à collaborer pleinement dans le domaine économique de manière à assurer à *chacun* des conditions de vie meilleure, l'adaption au milieu économique et la sécurité sociale.

Le Dominion du Canada a souscrit à cette définition en plusieurs circonstances, mais il suffira de rappeler la Déclaration des Nations Unies, à Washington, le 1er janvier 1942, où le représentant du Gouvernement canadien approuva formellement, au nom du Canada, "le programme commun d'intentions et de principes compris dans la Déclaration conjointe du Président des Etats-Unis d'Amérique et du premier ministre de la Grande-Bretagne et de l'Irlande du Nord, daté du 14 août 1941 et appelé Charte de l'Atlantique".

Si l'on contestait l'unanimité des Canadiens à endosser cette Déclaration, le programme adopté à Winnipeg par la convention nationale du parti conservateur-progressiste prouverait qu'il n'existe pas de divergence d'opinion, sur ce point, entre les deux principaux partis canadiens. Et cette observation s'appliquerait aussi bien, j'en suis sûr, aux autres groupes.

La Convention de Winnipeg a adopté une Résolution N° 6, intitulée "Restauration", et ainsi conçue:

> Nous croyons que la restauration de l'économie canadienne d'après-guerre doit être fondée sur le principe suivant, énoncé dans l'article 5 de la Charte de l'Atlantique.

C'est l'article qui traite de la sécurité sociale.

Le rapport Beveridge, qui a exercé une influence si profonde sur l'opinion universelle, contient:

1. Une analyse des divers systèmes d'assurances sociales, et des plans de prestations ou de pensions en vigueur dans le Royaume-Uni;

2. Une recommandation en vue de leur codification en un plan unique d'assurances sociales pour tous;

3. Une recommandation tendant à compléter les systèmes existants d'assurances sociales par l'institution de prestations couvrant des risques sociaux qui ne sont pas actuellement garantis;

4. Une recommandation en vue de régler le barème des prestations (actuellement très inégales et souvent inférieures au niveau de subsistance) sur un niveau minimum de subsistance, déterminé.

Le rapport Beveridge est un magnifique et admirable document. C'est l'œuvre d'un esprit très éclairé et très moderne, qui fait autorité en matières de sciences sociales. Ses motifs et son raisonnement sont applicables à l'humanité tout entière, mais ses recommandations pratiques ne concernent que le Royaume-Uni.

Le rapport a été reçu avec enthousiasme par le peuple britannique, et de nombreux Canadiens, y compris moi-même, l'ont lu avec intérêt et profit; mais il n'a pas encore force de loi, et nous ne pourrons pas affirmer qu'il est intégralement applicable en Grande-Bretagne même, tant que les légistes et les membres du Parlement n'auront pas essayé de donner une forme législative à ses recommandations de grande portée.

Si l'on examine ces recommandations déterminées, et très précises, en fonction du Canada, il apparaît immédiatement qu'elles ne sont pas applicables à tous égards.

Quand sir William Beveridge propose que les services sociaux existants soient unifiés sous un même ministère et alimentés par une seule contribution, il vise une série de mesures législatives et de services institués par un seul parlement, ces mesures étant appliquées et ces services administrés par un seul gouvernement.

Quand sir William Beveridge recommande que les prestations existantes soient augmentées de manière à couvrir d'autres risques qui menacent la sécurité économique du travailleur et de sa famille, les augmentations qu'il propose sont faibles et incidentes auprès des mesures d'envergure déjà en vigueur.

Si le programme préconisé par sir William Beveridge est jugé praticable en Grande-Bretagne, un seul gouvernement devra proposer une législation, et un seul parlement aura complète autorité pour la promulguer.

Il n'en va pas de même au Canada.

Six grandes mesures de sécurité sociale ont déjà cours au Canada; l'autorité législative dont elles relèvent revêt trois formes distinctes.

L'assurance contre les accidents du travail et les allocations maternelles appartiennent entièrement au domaine provincial, et les formules adoptées varient largement suivant les provinces.

Une seule grande mesure de sécurité sociale relève entièrement de l'autorité fédérale, c'est l'assurance contre le chômage.

Trois ou quatre autres grandes mesures sont appliquées par les provinces sous l'autorité coordinatrice et avec un important concours financier du pouvoir fédéral, à savoir les pensions de vieillesse, les pensions aux aveugles et la formation professionnelle.

Le Parlement fédéral du Canada ne peut, de sa seule initiative unifier ces six mesures, qui sont toutes comprises dans le plan Beveridge.

Quand nous considérons les services supplémentaires qu'il faudrait créer au Canada pour atteindre le niveau envisagé dans le rapport Beveridge, nous som-

mes conduits à reconnaître que notre système actuel de sécurité sociale, qui servirait de fondation à la structure unifiée de Beveridge, est loin d'être aussi large que celui du Royaume-Uni.

Ci-suit un bref résumé des mesures de sécurité sociale analysées dans le rapport Beveridge, avec une note sur la situation actuelle et sur la situation constitutionnelle, pour chacune d'elles:

Assurance-chômage

Royaume-Uni—Plan national en vigueur. Avec contribution.
Canada—Plan national en vigueur. Avec contribution.

Assurance-maladie

Royaume-Uni—Plan national en vigueur. Avec contribution.
Canada—Non adoptée. Présumée relever de la juridiction provinciale.

Pensions de vieillesse

Royaume-Uni—Deux plans nationaux en vigueur: l'un, sans contribution; l'autre, adopté en 1940, avec contribution.
Canada—Plan fédéral-provincial en vigueur. Administré par les provinces, avec subvention fédérale. Sans contribution.

Pensions aux aveugles

Royaume-Uni—Plan national en vigueur . Sans contribution.
Canada—Plan fédéral-provincial en vigueur. Administré par les provinces, avec subvention fédérale. Sans contribution.

Accidents du travail

Royaume-Uni—Obligation légale imposée aux employeurs, sans concours financier de l'Etat; et sans cotisation des employés.
Canada—Plans provinciaux en vigueur. Avec contribution.

Allocations maternelles (pour l'entretien de jeunes enfants)

Royaume-Uni—Plan national de pensions pour veuves et orphelins. Avec contribution (loi de 1940).
Canada—Adoptées par la plupart des provinces. Sans contribution.

Veuves (autres que les mères de jeunes enfants)

Royaume-Uni—Plan national de pensions. Avec contribution (loi de 1940).
Canada—Aucune législation. Présumer relever de la juridiction provinciale.

Prestations-maternité

Royaume-Uni—Assistance médicale sous le régime de l'assurance-maladie mais pas de prestations en argent. Avec contribution.
Canada—Aucune législation. Présumées relever de la juridiction provinciale.

Allocations familiales

Royaume-Uni—Pas de législation.
Canada—Pas de législation. Présumées relever de la juridiction provinciale.

Prestations-décès

Royaume-Uni—Pas de législation.

Canada—Pas de législation. Présumées relever de la juridiction provinciale.

Ainsi, en considérant les trois principaux domaines de législation en matière de sécurité sociale, à savoir:

l'assurance contre le risque de chômage;

l'assurance contre le risque d'une vieillesse indigente;

l'assurance contre le risque des graves inconvénients économiques de la maladie ou de la mauvaise santé,

le législateur canadien n'est intervenu que dans les deux premiers domaines. Le troisième, l'assurance-maladie, accuse incontestablement la plus sérieuse lacune dans le système actuel de la sécurité sociale au Canada. Et si l'on considère les grandes différences entre les systèmes adoptés par nos services d'hygiène—provinciaux et régionaux dans une large mesure—on constate que leur unification en un seul plan national d'assurance-maladie ne poserait pas un problème simple.

Il ne règne même, à ce sujet, ni certitude ni accord, parmi les personnes qui s'intéressent le plus au problème, sur la meilleure méthode à suivre.

En étudiant donc la meilleure façon d'appliquer le plan Beveridge au Canada, nous devons reconnaître deux faits:

1. Nous disposons d'une base plus étroite pour ériger le système, de sorte que la tâche serait plus considérable pour nous qu'elle ne l'est pour la Grande-Bretagne.

2. Nous avons un problème constitutionnel compliqué, dont la solution peut toucher aux susceptibilités les plus délicates de notre peuple.

Ce problème constitutionnel se pose à nous, non seulement pour l'unification éventuelle des services sociaux existants, mais pour la création de nouveaux services, qui ne sont pas encore l'objet d'une législation fédérale ou provinciale

Si le Comité spécial de la Chambre des communes accepte le rapport Beveridge comme guide, j'énumérerai ainsi les trois problèmes que nous avons à résoudre:

1. Le problème pratique et constitutionnel de l'unification des services sociaux et des plans de pensions existants;

2. Les nouvelles mesures nécessaires pour nous fournir une garantie complète des divers risques;

3. 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 déà 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 mesure 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 régidité 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 devrons 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 l'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.

Comme nous l'avons déjà signalé, c'est le domaine de l'hygiène qui présente la plus évidente lacune. Heureusement aussi, c'est un domaine auquel se sont beaucoup intéressés le Parlement fédéral, plusieurs des parlements provinciaux, et, plus récemment, un comité consultatif de hauts fonctionnaires administratifs, chargé de présenter un rapport au ministre des Pensions et de la Santé nationale.

En abordant maintenant un programme d'hygiène, nous ne contrarierons pas nécessairement les principes posés dans le rapport Beveridge. Les observations de sir William Beveridge, sur le sujet, s'appliquent très bien à la situation canadienne.

Son rapport propose de confier l'administration des services et des prestations d'hygiène, en Grande-Bretagne, non pas au futur ministère de la Sécurité sociale, mais au ministère de l'Hygiène.

Dans son grand ouvrage "Industry and Humanity", le premier ministre actuel énumère les quatre craintes majeures qui obsèdent l'humanité:

1. "Ne pas trouver de travail, malgré sa bonne volonté".
   Nous avons, à cet égard, adopté la Loi sur l'assurance-chômage.
2. "Etre, dans sa vieillesse, dans l'indigence ou à la charge d'autrui".
   Nous avons, à cet égard, adopté la Loi des pensions de vieillesse.
3. "Perdre sa capacité de gain, par maladie ou invalidité".
4. "Voir les privations consécutives à la perte forcée de son travail, aggravées par des dépenses extraordinaires, mais inévitables".

C'est à ces deux dernières craintes que remédierait une mesure d'assurance-maladie, conjugée avec l'institution de service d'hygiène pour tous.

Monsieur le président, la deuxième partie de mon exposé traite de l'assurance-maladie dans le monde entier, et la troisième, des initiatives prises au Canada dans ce domaine. Comme il s'agit de considérations purement historiques, j'en ferai consigner le texte au compte rendu sans en donner lecture, si le Comité veut bien me le permettre.

L'assurance-maladie à travers le monde

L'assurance contre les éventualités de maladie n'est pas une idée nouvelle. Au point de vue historique, le pionnier dans ce domaine semble avoir été le grand prince allemand Bismarck qui lança un plan d'assurance-maladie dans l'empire allemand, dès 1883.

Les renseignements recueillis par mon ministère indiquent que 41 pays ont adopté différentes mesures législatives visant l'assurance-maladie. Sur ce nombre, 33 sont des plans obligatoires et 8 des plans facultatifs. En ce qui concerne les pays européens, les chiffres se rapportent à l'époque immédiatement antérieure à l'ouverture des hostilités et comprennent plusieurs pays actuellement sous la domination de l'Axe. Mais, depuis un an ou deux, quatre nations américaines, à savoir, l'Argentine, le Brésil, la Colombie et le Mexique, ont également proposé des plans d'assurance-maladie obligatoire.

Le programme le plus complet et le plus vaste (comme on peut s'y attendre en vue de ses exceptionnelles dispositions constitutionnelles) est celui de l'Union des républiques socialistes soviétiques. La Russie a complètement socialisé les médicaments et mis les traitements gratuits à la disposition de tous ses citoyens.

En passant en revue les plans d'assurance-maladie dans les nombreux pays qui ont adopté des mesures législatives dans ce domaine, on est frappé de l'infinie variété des plans. Quelques-uns sont obligatoires, et d'autres facultatifs. Certains fournissent des secours pécuniaires en cas de perte de temps, d'autres des services médicaux. Quelques-uns n'assurent que le chef de la famille, d'autres s'étendent à un plus ou moins grand degré à tous les membres. Quoique presque tous ces plans soient contributoires, l'un d'eux tout au moins, en Russie, consiste dans la socialisation complète des services de santé.

Certains plans sont financés exclusivement par les assurés. D'autres sont aidés par des contributions du patron et, dans plusieurs cas, par des contributions de l'Etat. La plupart de ces plans ne sont que pour le bénéfice des personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain chiffre.

Ainsi, en Norvège, la mesure est obligatoire pour ceux dont les revenus sont inférieurs à environ $1,100 par an. L'assurance est confiée à des sociétés dont une seule est autorisée à fonctionner dans une certaine zone. L'assuré paie les six dixièmes des contributions nécessaires, le patron un dixième, la commune (ou la municipalité) un dixième, et l'Etat deux dixièmes ou un cinquième. L'assurance protège l'employé, mais non la famille.

Le système suédois est facultatif, mais l'Etat contribue son aide. Ses assurés ne se chiffrent qu'à 1,300,000 environ sur une population totale de 6,300,000.

Au Danemark, le système est en partie facultatif et en partie obligatoire, sans aucune contribution patronale. D'après les dernières statistiques, environ 88% des habitants, y compris toutes les personnes à charge, ont droit aux soins médicaux et à l'hospitalisation.

L'originalité du système français consiste en ce que les assurés sont tenus de payer de 15 à 20 pour cent du tarif fixé pour soins de médecin et médicaments.

En Angleterre et au pays de Galles, le plan d'assurance-maladie offre cette particularité remarquable que la contribution du patron est égale à celle de l'employé, et, dans le cas des employées, elle lui est en réalité légèrement supérieure.

En 1938, le système britannique a été amplifié de manière à englober environ un million de jeunes personnes entre la sortie de l'école et l'âge assurable, qui n'étaient pas jusque-là affiliées au plan.

En examinant les programmes de sécurité sociale des autres pays, on ne peut s'empêcher de remarquer que trois des pays qui sont généralement considérés comme les plus avancés du monde ne figurent pas parmi les premiers dans

le domaine de la législation sociale. Ce sont les Etats-Unis, le Canada et l'Australie.

A la réflexion, on observe deux facteurs communs qui ont probablement influencé la lenteur apparente de ces trois pays à adopter des mesures de sécurité sociale. Ces pays appartiennent à ce que nous appelons le Nouveau Monde.

Le point de vue psychologique de notre peuple n'est pas le même que celui de l'Empire, où la population est très dense.

Ce continent tourmenté renferme des masses nombreuses de gens unis par le même langage et la même culture, qui regardent avec défiance et inimitié les peuples d'autre langage et d'autre race qui les entourent. En guerre avec leurs voisins depuis des siècles, ces peuples sont imbus d'un intense sentiment de solidarité et, peut-être, d'un nationalisme exagéré. La plupart des pays auxquels je fais allusion, et principalement ceux qui possèdent un système très développé de sécurité sociale, sont des pays fortement industrialisés.

La guerre leur a inculqué la notion de l'entr'aide sociale, ce qui engendre une attitude psychologique favorable à l'institution de mesures coopératives de sécurité sociale.

Le niveau d'existence qui, dans la plupart des pays européens, est inférieur à celui du Nouveau Monde, et la misère dont souffrent les familles affligées par la maladie, sont d'autres facteurs qui ont attiré l'attention sur la nécessité des assurances sociales.

En outre, ces pays de l'Ancien Monde sont administrés par un gouvernement central.

Le Canada, les Etats-Unis et l'Australie ont des constitutions fédérales qui partagent l'administration du pays entre le gouvernement central et les différents gouvernements des Etats ou des provinces.

Ces trois pays, très éclairés et très modernes sous tous les autres rapports, ont éprouvé des difficultés constitutionnelles à établir des lois sociales, comme tous les Canadiens ont pu s'en rendre compte au cours des dernières années.

Certains commentateurs ont fait observer que les peuples du Nouveau Monde ont une mentalité juvénile et aventureuse. Ces peuples sont des opportunistes, qui recherchent surtout les brillantes occasions, plutôt que l'aisance et la sécurité du foyer.

Jusqu'à la crise de 1930 et des années suivantes, le grand public n'a guère réclamé de lois de sécurité sociale au Canada, ni en général, aux Etats-Unis et en Australie.

La Nouvelle-Zélande elle-même ne fait pas exception. L'excellente loi de sécurité sociale de ce Dominion est reconnue aujourd'hui comme un des systèmes les plus avancés et les plus complets de son genre dans le monde entier. Et pourtant, bien que la Nouvelle-Zélande n'ait pas les difficultés constitutionnelles qui existent au Canada, aux Etats-Unis et en Australie, elle n'a adopté ses mesures sociales qu'en 1938.

Mais il est hors de doute que l'opinion publique dans le Nouveau Monde à l'égard de la législation sociale a rapidement changé et fait de grands progrès au cours des dernières années.

Aux Etats-Unis, la bienfaisante influence du président Roosevelt a contribué à faire établir un plan de subventions fédérales en vue d'aider les divers Etats à adopter des mesures concernant l'assurance-chômage, l'assurance-maladie, les pensions de vieillesse, et d'autres mesures pour la protection de ceux qui sont mal partagés par le sort.

La Nouvelle-Zélande a agi, et l'Australie, engagée dans la même voie, s'efforce vigoureusement de surmonter les obstacles constitutionnels qui lui barrent la route.

Ici au Canada, d'un simple coup de canif, nous avons tranché une de nos difficultés constitutionnelles et inauguré l'assurance-chômage. En ces derniers temps, nous avons attaqué le problème et tâché de satisfaire le public qui réclame un système national d'assurance-maladie. Le projet présentement à l'étude est le résultat de ces efforts.

Initiatives canadiennes dans le domaine de l'Assurance-maladie

D'après les enquêtes conduites par le ministère, la Législature de la Colombie-Britannique fut la première de tous les corps législatifs du Canada à prendre, en 1919, des mesures définies à l'égard de l'assurance-maladie. A cette époque, en effet, la Législature institua, à la suite d'un débat prolongé, une commission chargée d'enquêter sur le sujet. Dans son rapport, cette commission recommanda un régime étatisé et dressa même les grandes lignes d'un plan d'assurance.

En 1928, la question suscita un renouveau d'intérêt tant à la Législature de la Colombie-Britannique qu'au Parlement fédéral.

Dans le domaine provincial, ce renouveau d'intérêt se traduisit par la proposition de confier l'étude approfondie de la question à un comité parlementaire. En 1929, une commission royale fut chargée d'une nouvelle enquête sur l'assurance-maladie et les prestations-maternité.

Cette commission publia deux rapports. Son second, le rapport définitif, date de 1932.

En 1934, le gouvernement avait établi un avant-projet de loi, qu'il rendit public en 1935. Avec certaines modifications, ce projet fut adopté comme loi provinciale en 1936.

Cette loi n'a jamais été appliquée, ce qui est surtout attribuable au fait que les médecins s'opposaient à quelques-unes de ses dispositions et refusaient leur collaboration.

A son tour, l'Alberta institua, en 1932, une commission composée de membres de la Législature. A la suite du rapport de cette commission, une loi fut adoptée en 1935. Pour diverses raisons, cette mesure est restée enfouie dans les Statuts et n'a jamais été appliquée.

Sans aller aussi loin que l'Alberta et la Colombie-Brwitannique, la Saskatchewan avait institué en 1934 un Office des services d'hygiène qui présida à l'adoption de plusieurs mesures progressives, dont l'hospitalisation gratuite pour traitement de la tuberculose.

Il a déjà été question du vif intérêt suscité par la question en 1928, dans le domaine fédéral. Cette année-là, le Comité parlementaire permanent des relations industrielles et internationales reçut mandat d'enquêter à fond sur le sujet.

Dans ses conclusions, le Comité a déclaré que, du point de vue constitutionnel, l'assurance-maladie relève de la juridiction provinciale et non de la juridiction fédérale, mais il recommandait que le ministère des Pensions et de la Santé nationale, de création récente, fût prié d'instituer une enquête minutieuse dans le domaine de l'hygiène publique au point de vue particulier de l'établissement d'un programme d'hygiène d'envergure nationale.

L'institution de notre ministère, tel qu'il existe actuellement, date de l'adoption, à cette même session, de la Loi du ministère des Pensions et de la Santé nationale. La Partie II de la Loi, qui traite des services de santé, définit ce qui suit au nombre des attributions et fonctions confiées au Ministre:

> Coopération avec les autorités sanitaires provinciales, territoriales et autres dans le but de coordonner les efforts projetés ou faits pour conserver et améliorer la santé publique, la vie des enfants et leur bien-être.

On a toujours cru, au Canada, que l'assurance-maladie relève des provinces en vertu de la constitution. Le fait que deux provinces ont déjà légiféré en la matière le démontre sans équivoque.

Toutefois, on croit fermement, en certains milieux, que l'assurance-maladie ne donnera de bons résultats qu'en étant établie sur une base nationale. En 1935, le gouvernement Bennett tenta sérieusement de faire triompher la juridiction fédérale.

A la session de 1935, le Parlement adopta la Loi sur le placement et les assurances sociales, qui établissait de façon directe un système contributif d'assurance-chômage pour tout le pays. Elle autorisait également la commission administrative à se documenter sur un plan destiné à fournir, sur une base collective ou coopérative, des prestations-maladie par voie d'assurance ou autrement.

La Partie IV prescrit ce qui suit en matière de santé nationale:

La Commission est tenue

a) De recueillir des rapports, publications, renseignements et données concernant tout projet ou plan, qu'il soit un projet ou plan d'Etat, de collectivité ou un autre projet ou plan visant tout groupe ou toute catégorie de personnes, un projet ou plan en opération ou projeté, au Canada ou ailleurs, destiné à fournir, sur une base collective ou coopérative, par voie d'assurance ou autrement,

(i) des soins médicaux, dentaires et chirurgicaux, y compris les médicaments, les produits pharmaceutiques, les accessoires ou l'hospitalisation, ou

(ii) une compensation pour la perte de salaire occasionnée par le défaut de santé, l'accident ou la maladie;

b) D'analyser et de mettre à la disposition de toute province, municipalité, corporation ou groupe de personnes désireuses de les utiliser, les renseignements ainsi recueillis, aux fins de fournir ces avantages ou l'un d'entre eux; et

c) D'étudier, autant que faire se peut, sur une demande à cet effet de toute province, municipalité, corporation ou groupe de personnes, tout projet ou plan semblable proposé pour être mis en vigueur, ou en vigueur lors de cette demande, et d'en faire rapport, et de donner les conseils techniques et professionnels visant à l'établissement, au bon fonctionnement ou à la réorganisation du projet ou plan.

Bien que l'article cité parle en toutes lettres de l'assurance-maladie, il est permis de douter que la Commission ait été nantie de pouvoirs plus étendus que ceux que la loi de 1928, déjà citée, confère au ministre des Pensions et de la Santé nationale.

Il ne s'agit, en somme, que de pouvoirs d'enquête et de collaboration avec les provinces.

Ainsi que le démontre le débat sur le bill, le gouvernement se proposait, si l'assurance-chômage subissait victorieusement l'épreuve constitutionnelle devant les tribunaux et si la réalisation du plan produisait de bons résultats, d'assujettir en temps et lieu le domaine de l'assurance-maladie à la juridiction fédérale.

En réalité, aucun plan d'assurance-chômage ne fut mis en vigueur, car, avant l'établissement des rouages administratifs, la loi fut déférée à la Cour Suprême pour en faire apprécier le caractère constitutionnel.

Par quatre voix contre deux, le tribunal déclare *ultra vires* la loi adoptée par le Parlement fédéral. Cette décision fut subséquemment maintenue par le Conseil privé. Les raisons motivant le jugement revêtent une grande importance aujourd'hui, puisque l'assurance-maladie revient de nouveau sur le tapis.

La loi Bennett prévoyait un système contributif par lequel le travailleur, son employeur et l'Etat seraient cotisés, la quote-part du travailleur étant retenue sur son salaire.

Le tribunal a été saisi de nombreux arguments pour ou contre le caractère constitutionnel de la loi, mais le jugement est solidement fondé sur un point important. Il est inutile de citer au long les considérants de l'arrêt, car le rédacteur des Rapports judiciaires du Canada (Canada Law Reports) a exposé le point avec beaucoup de concision et de clarté dans ses notes préliminaires où il a, de fait, résumé les notes de l'un des juges de la Cour Suprême. J'en cite le passage suivant:

> La Loi déférée au tribunal a pour effet d'incorporer des dispositions statutaires aux contrats d'emploi et, comme résultat immédiat, elle crée des droits civils entre les employeurs et les employés. Le Parlement fédéral ne peut se servir de ses pouvoirs d'imposition pour exiger que les contrats d'emploi ordinaires comportent des contributions d'une telle nature.

Il sera plus facile d'étudier la signification de ce jugement par rapport à l'assurance-maladie lorsque nous aborderons, plus tard, d'autres aspects constitutionnels de la question.

Le gouvernement de l'époque a tenu compte et du jugement des tribunaux et de la demande du public qui réclamait une mesure d'assurance-chômage de portée nationale. L'Acte de l'Amérique britannique du Nord ayant été modifié, le Dominion du Canada bénéficie aujourd'hui de cette importante mesure de sécurité sociale.

La question de l'assurance-maladie a été débattue à plusieurs reprises à la Chambres des communes. En 1939, notamment, mon prédécesseur au ministère des Pensions et de la Santé nationale, qui détient aujourd'hui le portefeuille de la Défense nationale pour l'Air, et le député de Toronto-Greenwood prononcèrent chacun un discours très instructif. Le ministre des Pensions traita des systèmes d'assurance en vigueur en d'autres pays, systèmes auxquels nous avons déjà fait allusion, et esquissa un tableau des difficultés constitutionnelles qui existent au Canada.

Pour sa part, le député de Toronto-Greenwood a passé en revue la situation de l'hygiène au Canada et prononcé un éloquent plaidoyer en faveur d'un programme national de mesures prophylactiques. Je mentionne ces deux discours en particulier parce qu'ils n'émanent pas de médecins. Cela démontre un éveil de l'opinion publique et prouve que l'hygiène intéresse maintenant les profanes aussi bien que ceux qui, de par leur profession, sont au courant du problème dans tous ses détails.

Préparation du présent projet

Suivant les recommandations du Comité des relations industrielles et internationales (Chambre des communes) en 1928, les hygiénistes du ministère des Pensions et de la Santé nationale se sont, depuis lors, consacrés à une étude plus ou moins suivie de l'assurance-maladie. Dans un discours prononcé à la Chambre en 1939, l'ancien ministre affirmait que sa documentation était le résultat de cette étude.

Lors de mon arrivée à ce ministère, mon initiation à ce travail m'intéressa vivement. Dans ma jeunesse, j'avais pris en Ecosse une part très active aux vigoureuses campagnes électorales par lesquelles le peuple de la Grande-Bretagne souscrivait aux premières mesures d'assurance sociale à jamais liées au nom de David Lloyd George. Poussé par le désir de faire progresser les mesures de ce genre en vue d'améliorer le sort du peuple, je suis entré au service de l'Etat. En 1939, chargé d'un ministère qui s'occupait effectivement de projets d'assurance-maladie, j'ai encouragé ces efforts et je les ai appuyés de grand cœur.

C'était l'époque à laquelle nous préparions notre plan d'assurance-chômage, et je voyais que le public désirait ardemment un programme effectif de réforme dans le domaine de la santé publique.

Il y a un an environ, les études du ministère étaient rendues au point où il convenait de réduire notre documentation à une formule précise, afin d'en faciliter l'examen pratique.

En conséquence, le 5 février 1942, le Gouvernement autorisa, par arrêté en conseil, la création d'un Comité consultatif de l'assurance-maladie composé des représentants compétents de divers ministères sous la présidence du Directeur des services de la santé publique.

Les instructions données au Comité étaient formelles. Son Excellence le Gouverneur en conseil enjoignait et ordonnait:

> Que le Service de la santé du ministère des Pensions et de la Santé nationale, sous la conduite du directeur des Services de la santé publique, continue l'étude de l'assurance-maladie en vue de *formuler un plan d'assurance-maladie;*
>
> Que, pour faciliter l'accomplissement de ce travail, soit créé un comité spécial qui portera le nom de Comité consultatif de l'assurance-maladie....; et
>
> Que ledit comité soit chargé d'examiner toute la documentation relative à l'assurance-maladie et *d'en faire rapport* au ministre des Pensions et de la Santé nationale.

Le Comité fut constitué et travailla toute l'année. Il s'acquitta de sa tâche et élabora un plan qu'il soumit au Ministre, en janvier dernier.

Ce plan est incorporé dans le projet qui sera bientôt soumis à votre délibération.

Le Comité ne travailla pas dans l'obscurité. Il donna à son enquête un caractère national. Il prit conseil d'un grand nombre d'organismes et d'institutions susceptibles de s'intéresser particulièrement à cette importante question.

Il consulta le Conseil de salubrité fédéral, qui adopta une résolution approuvant l'assurance-maladie.

Le Comité conféra également avec les ministres provinciaux de la Santé, à qui il exposa certaines particularités de ses projets. Il expliqua très clairement que les provinces auraient à supporter une partie du coût. Il ne serait guère juste de laisser entendre que les représentants provinciaux se sont prononcés en faveur de tel ou tel projet ou programme, mais le Comité se vit encouragé. En effet, aucune objection ne fut soulevée, aucune critique exprimée, ni à ce moment-là, ni au cours de la correspondance subséquente. Au contraire, depuis cette époque, quelques autorités provinciales ont, jusqu'à un certain point et à titre officieux, collaboré avec nous.

Le Comité consultatif du gouvernement invita d'autres organismes à former des comités, qui exposeraient leurs vues et conféreraient avec lui. 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 grande majorité de ces organismes ont fait des recommandations précises, et l'avant-projet de loi reflète dans son essence les opinions de ces groupements importants et représentatifs.

Le plus grand succès du Comité, à part le projet de loi qui constitue son rapport, est peut-être d'avoir réuni à Ottawa le 15 janvier dernier, la première fois depuis 75 ans entre les conventions annuelles, le Conseil général de l'Association médicale du Canada. En cette occasion, ce vaste et influent organisme se prononça catégoriquement en faveur du principe de l'assurance-maladie. Avant d'en arriver à une telle décision, les membres de l'Association s'étaient pénétrés des principes généraux du rapport du Comité. Il ne faut pas interpréter la résolution comme une approbation de ce plan ou de tout autre plan précis. L'Association médicale s'est réservé le droit de faire les commentaires qu'elle jugera pertinents, mais il n'en est pas moins très significatif que le corps médical canadien, par l'entremise de son Conseil général, ait franchement appuyé le principe de l'assurance-maladie.

Dans les circonstances, la résolution rend certes grand hommage au Comité consultatif présidé par le docteur Heagerty. En effet, si les grands principes exposés à l'assemblée par le docteur Heagerty n'avaient pas concordé avec les hautes aspirations du corps médical, une telle résolution n'aurait jamais été adoptée ni publiée.

Considérations sur les propositions du Comité consultatif

Le Comité consultatif, en examinant la question de l'assurance-maladie dans son ensemble, a tiré certaines conclusions dont il s'est inspiré dans ses propositions.

Quoique ces conclusions fondamentales ne soient formulées dans aucun rapport du Comité, elles constituent l'essence du plan recommandé. Il conviendrait d'exposer ces principes en termes précis et de les expliquer brièvement.

On peut exprimer comme suit les six principes qui constituent le fondement de ce plan:

1. Aucun plan d'assurance-maladie ne peut réussir sans un vaste programme d'hygiène publique d'un caractère prophylactique.
2. A la différence d'un mode de prestations en espèces, un système effectif d'assurance-maladie doit englober toute la population.
3. Un plan d'assurance-maladie doit se fonder, dans la mesure du possible, sur le principe de la contribution obligatoire.
4. Pour être efficace et pour satisfaire l'opinion publique, le plan doit être d'envergure nationale.
5. La constitution du pays, telle qu'elle est actuellement comprise et interprétée, empêche le Parlement fédéral d'adopter une loi d'assurance-maladie d'ampleur nationale.
6. Pour des raisons d'ordre pratique, il n'est pas opportun de modifier la constitution.

Programme de prophylaxie

A propos du premier principe, à savoir, qu'aucun plan d'assurance-maladie ne peut réussir sans un vaste programme de prophylaxie, les fréquents débats intervenus au Parlement fédéral sur la nécessité de mesures d'hygiène publique plus actives m'ont fortement intéressé.

Trois raisons motivent une telle loi:

Premièrement: le souci charitable de soulager et d'atténuer la souffrance humaine.

Deuxièmement: la nécessité économique, au point de vue national, d'une population saine, ou négativement, la nécessité nationale de supprimer les pertes économiques résultant de la maladie.

Troisièmement: la préoccupation sociale d'alléger les lourdes charges que la maladie fait peser sur les familles.

L'Etat ne saurait envisager aucun des aspects de ce problème sans tenir compte du côté financier. Toute mesure tendant à soulager la misère, à supprimer les pertes économiques ou à réduire les frais médicaux, comporte une dépense. Plus grand sera le nombre des assistés, plus élevés seront les frais. Il s'ensuit donc que l'organisme d'Etat qui assumera ces frais devra faire tout en son pouvoir pour alléger les charges financières du système.

Une abondance de faits et de statistiques prouvent que les mesures préventives diminuent réellement les ravages de la maladie. Dans les villes de l'Ontario, par exemple, avant la guerre, l'emploi du sérum avait presque complètement enrayé la diphthérie. Le traitement gratuit de la tuberculose dans certains hôpitaux a fortement comprimé cette maladie. Grâce à la vaccination, un seul cas de petite vérole dans une ville est aujourd'hui un événement, tandis que cette maladie était autrefois un fléau. La fièvre typhoïde est presque devenue chose du passé, par suite du traitement de l'eau par les autorités municipales et par suite de la pasteurisation du lait. Dans les industries, les mesures de sécurité ont amoindri la fréquence des accidents. Inutile de multiplier les exemples.

Ces faits très simples et bien connus suffisent pour démontrer que de judicieuses mesures préventives peuvent contrecarrer fortement l'action de la maladie et par là diminuer les frais de l'assurance-maladie.

On se propose d'annexer à la loi fédérale une liste de six espèces de mesures préventives au sujet desquelles le gouvernement fédéral est disposé à conclure des ententes avec les provinces pour encourager l'adoption d'un programme de lutte active dans l'intérêt de la santé publique.

Ces mesures s'ajouteraient à la principale subvention en faveur des services d'hygiène en général.

Les six espèces additionnelles de mesures préventives au sujet desquelles le gouvernement fédéral devrait, semble-t-il, accorder des subventions aux provinces sont les suivantes:

1. Le traitement gratuit de toutes les personnes atteintes de tuberculose, ce qui nécessiterait la construction de bâtiments additionnels et l'installation d'un plus grand nombre de lits.
2. Le traitement gratuit des personnes souffrant de maladies mentales et le soin des déficients, ce qui nécessiterait aussi la construction d'autres bâtiments et l'installation d'un plus grand nombre de lits.
3. Le traitement préventif gratuit des personnes atteintes de maladies vénériennes.
4. L'établissement de cours d'hygiène publique pour médecins, ingénieurs, infirmières et inspecteurs d'hygiène.
5. La tenue d'enquêtes spéciales sur la santé publique et sur les mesures de salubrité publique.
6. L'établissement et la mise en pratique d'un programme de culture physique pour la jeunesse.

Dans tous ces cas, il appartiendrait au Gouvernement fédéral de constater la nécessité des mesures à adopter et de ratifier les dispositions à prendre pour leur application.

Comme nous l'avons dit, ces six projets sont facultatifs, mais pour obtenir de l'aide en faveur de l'assurance-maladie, la province devra établir ses titres à l'obtention de la subvention afférente à l'hygiène publique en maintenant des services d'hygiène portant sur environ vingt-quatre matières, énumérées à l'Annexe A du bill-modèle provincial. Ces matières sont les suivantes:

Mesures préventives normales pour le traitement et la prévention des maladies contagieuses.

Etablissement de services de spécialistes consultants.

Adoption d'un programme d'éducation dans le domaine sanitaire, par l'entremise bénévole des organismes locaux.

Programme d'hygiène mentale.

Etablissement de services prophylactiques.

Surveillance sanitaire des locaux.

Etablissement de services de diététique.

Entretien de laboratoires d'hygiène publique.

Etablissement de services de génie sanitaire.

Recueillement et diffusion des statistiques de vie.

Surveillance des hôpitaux et des sanatoriums.

Etablissement de l'examen dentaire pour enfants.

Adoption de services d'hygiène infantile et maternelle.

Surveillance sanitaire et hygiène des milieux industriels.

Inspection des quarantaines pour enrayer la propagation des maladies contagieuses dans la province.

Etablissement de services de gardes-malades dans l'intérêt de la santé publique.

Adoption de règlements d'hygiène relatifs aux logements.

Programme d'enrayement des maladies vénériennes.

Programmes de prévention, détection et traitement de la tuberculose.

Cliniques du cancer.

Services de prévention et de diagnostique pour l'active détection des maladies cardiaques chez les enfants.

Examen médical dans les écoles.

Investigations sur les épidémies.

Services de recherches.

Tous ces services existent dans certaines provinces, à un degré plus ou moins étendu, mais on ne peut dire qu'ils existent tous dans toutes les provinces. Ce n'est qu'en envisageant l'ensemble de ces problèmes que nous pourrons maintenir les frais de l'assurance-maladie dans des limites rationnelles.

Population entière

Le deuxième principe fondamental de ce plan comporte son extension à toute la population.

Nous envisageons ici un programme d'hygiène. Nous visons à améliorer la santé de la population en restreignant l'action de la maladie et de la mort et en développant la vigueur physique. Des mesures qui ne viseraient qu'une partie de la population manqueraient leur but, si d'autres agglomérations voisines étaient libres de négliger les mesures de précaution exigées d'une première collectivité.

L'idée d'assurance-maladie comporte surtout deux genres de prestations: les secours pécuniaires pour compenser le temps perdu à cause de la maladie;

les services médicaux directs. Si nous discutions les prestations en argent, il serait manifestement rationnel de les restreindre à certains groupes de petits salariés. Mais lorsqu'une épidémie envahit une collectivité, le microbe ne s'introduit pas seulement chez ceux qui gagnent moins de $1,800 par année. Le voisin immédiat, dont le revenu atteint $5,000, n'a aucune immunité de droit divin à cause de son revenu, et le riche autant que le pauvre est un véhicule de bacilles.

Si nous voulons protéger les pauvres gens contre la maladie, nous devons exiger l'observation générale des règles de l'hygiène.

Puisque nous visons à améliorer la santé du peuple, nous croyons que ce projet législatif devra s'appliquer à la population tout entière.

Si toutefois, pour des raisons qui dans le moment paraissent bonnes, une province, en soumettant sa loi à l'approbation du gouvernement fédéral, constate l'impossibilité de protéger toute la population, nous recommandons que le fédéral puisse quand même accorder de l'aide.

Une autre raison favorise l'application générale de la loi. Les conditions économiques et sociales varient dans toutes les provinces. Si nous devions appliquer une limite dans le bill-modèle provincial, il faudrait strictement s'en tenir à ce modèle. Or, une limite qui conviendrait au Nouveau-Brunswick ou en Saskatchewan pourrait être tout à fait inapplicable à l'Ontario ou à la Colombie-Britannique. Et puisqu'il ne peut y avoir de limite uniforme mieux vaudrait que le fédéral pose le principe du bénéfice général des prestations et laisse aux provinces le soin de déterminer si certaines catégories pourraient ou devraient être exclues. En tout cas, le système idéal d'assurance-maladie serait celui qui protégerait la nation tout entière.

Système de contribution

Le principe de la contribution est le troisième point du programme compris dans la proposition.

Dans l'univers entier toutes les formes d'assurance sociale tendent de nos jours à être contributoires. Plusieurs raisons justifient cette tendance.

En premier lieu, un régime intégralement bénévole ou non contributoire peut encourager une mentalité d'indigents, voire même faire naître l'illusion que les finances de l'Etat sont inépuisables.

Le principe de la contribution se justifie encore du fait qu'il est plus digne pour l'homme de revendiquer ce qu'il s'est acquis grâce à son propre effort. Sous le régime contributoire, la prestation devient un droit et non une concession.

Comme troisième argument à l'appui des contributions directes, les bénéficiaires individuels sont tenus, grâce à leurs contributions, au courant des frais réels des services dont ils bénéficient.

Si, par exemple, nos espoirs se réalisaient et la santé de la collectivité s'améliorait sensiblement, il en résulterait certainement une diminution des taux de contribution.

D'autre part, si les gens consultent le médecin sans nécessité et imposent un surcroît de besogne aux services, les frais en seront inévitablement relevés, d'où augmentation des contributions.

Ainsi, la contribution est un élément de prévention des abus; elle favorisera chez les citoyens un sentiment de responsabilité quant à l'entière administration de l'assurance-maladie.

En vérité, un plan d'assurance-maladie sans contributions ne serait nullement un régime d'assurance; ce serait simplement un régime bénévole de prestations-maladie. De par la nature même de l'assurance, la personne qui compte

en bénéficier doit payer une prime pour le financement du système qui pourvoit aux prestations.

Aux termes du projet, nous assurons non seulement l'individu contre le risque de sa propre maladie, mais nous assurons l'industrie contre l'énorme gaspillage que constitue la perte de temps et d'efficacité résultant de la maladie, et nous assurons aussi la collectivité contre la débilitation et le fardeau économique de la mauvaise santé. La valeur et l'importance de la santé nationale ne sont jamais plus manifestes qu'en temps de guerre. J'insiste sur le mot " manifestes " — car je suis persuadé que la mauvaise santé pose des obstacles à l'accomplissement de nos desseins nationaux aussi bien en temps de paix qu'en temps de guerre.

De la sorte, bien que l'individu soit appelé à payer suivant ses moyens pour les services sanitaires dont il bénéficiera, le pays tire un avantage réel de toute contribution versée à la cause de la santé nationale à même le trésor public.

L'industrie a aussi un intérêt particulier dans la santé de notre population ouvrière. On a estimé à cinquante mille le nombre de travailleurs absents chaque jour de leur emploi à l'usine ou au bureau pour cause de maladie. Le remaniement constant des fonctions constitue un facteur d'inefficacité contre lequel l'industrie peut se prémunir par des mesures sanitaires améliorées.

Il existe un autre motif pour que le patron soit tenu d'acquitter une certaine partie du coût de l'assurance des employés. L'homme ou la femme qui travaille à salaire passe environ le tiers de son temps dans un milieu créé ou désigné par le patron. Ce milieu peut être hygiénique ou non. L'obligation de contribuer au coût de la maladie qui frappe les employés poussera le patron à sauvegarder la santé des personnes à son service.

Le Comité consultatif ne recommande pas tout simplement un bill d'assurance-maladie — c'est une loi de santé qui vise à accomplir un travail constructif par le relèvement de la norme positive de la santé du peuple canadien.

Plan national

Le Comité a reconnu pour quatrième principe le fait que l'opinion publique se rallie à un programme d'assurance-maladie qui sera d'envergure et d'application nationales.

Si nous faisions un relevé de toutes les résolutions adoptées en ce sens au Canada depuis vingt ans, nous en recueillerions, je crois, un bouquin gros comme un volume des débats de la Chambre. Depuis des années, on demande et redemande avec instance à mon ministère de prendre l'initiative d'un programme de santé nationale.

Feu le juge en chef Rowell songeait à développer au plus haut degré possible un programme national de santé quand il présenta son projet de loi en faveur de l'établissement d'un ministère de Santé nationale, en 1919. Le même programme fut énoncé en 1928 lors de l'adoption de la Loi du ministère des Pensions et de la Santé nationale.

Le Comité parlementaire auquel la question fut déférée cette année-là insista dans son rapport sur le fait qu'il importait d'accomplir davantage au point de vue national dans le domaine de la santé publique.

Quand, il y a un an, le Comité consultatif d'assurance-maladie reçut mandat de concevoir et de recommander un plan, le gouvernement ne songeait pas à faire établir un programme dont il se déchargerait entièrement sur les provinces. Nous visions à aller aussi loin que possible en invoquant les pouvoirs que possède ce Parlement.

Dans ses observations d'ensemble sur la sécurité sociale et l'assurance-maladie, la récente convention du parti conservateur-progressiste à Winnipeg a

affirmé catégoriquement que le Dominion devrait assumer la part de l'Etat quant au coût de ces mesures de sécurité.

Dans le magistral exposé du programme de son parti qu'il prononçait à la radio le 22 janvier, le chef de la C.C.F. déclarait en toutes lettres que, de l'avis de son groupe, c'est le gouvernement fédéral qui doit se charger d'instaurer un régime de sécurité sociale.

Indépendamment de ces manifestations de l'opinion publique, des motifs d'ordre pratique et technique demandent que l'assurance-maladie soit envisagée du point de vue national.

La première idée à laquelle nous nous arrêterons, pour la plupart, se rattache à ce dont notre pays a déjà fait l'expérience. Si une province quelconque adopte une réforme audacieuse et coûteuse, il en résulte un fardeau d'impôts qui désavantage l'industrie provinciale dans sa concurrence avec celle d'autres provinces. Les gouvernements provinciaux aux vues et aux programmes les plus éclairés et les plus progressifs ont hésité à obérer leur développement industriel de frais auxquels leurs concurrents d'autres provinces sont soustraits. Le Canada a connu toutes ces expériences dans le domaine de l'indemnisation des accidents du travail et des pensions de vieillesse. La province qui prendra les devants ne manquera pas de hardiesse. Nous avons constaté que l'Alberta et la Colombie-Britannique se sont abstenues d'appliquer des lois d'assurance-maladie qu'elles avaient adoptées. Evidemment l'industrie de ces provinces a craint de se trouver en position désavantageuse et cette considération a sans doute primé tous les autres motifs invoqués pour la non-application de ces mesures. Ainsi, l'hésitation des provinces rejette sur le Dominion la responsabilité de prendre l'initiative.

Si l'on entend envisager l'assurance-maladie comme mesure de santé publique—ce qu'elle est effectivement—il existe un autre motif d'intervention nationale. Les épidémies et les conditions propagatrices de maladies ne connaissent pas de frontières provinciales. L'énorme accroissement des moyens de transport tend constamment à augmenter le volume des déplacements. Je n'ai pas le moindre doute que certaines anomalies constatées dans nos statistiques démographiques et nos données sur la morbidité depuis un an ou deux s'expliquent surtout par le déplacement continuel de membres des forces armées et de leurs familles d'une province à l'autre, et d'une ville à l'autre.

Ces statistiques révèlent une amélioration progressive de la santé publique depuis dix ans, et, bien que cette amélioration n'ait pas subi de ralentissement sérieux en 1941 et 1942, on a constaté pour une ou deux catégories de maladies et dans plusieurs localités des courbes ascendantes qui s'expliquent probablement par les déplacements accrus de la population et la transmission de l'infection. Et compte tenu de toutes les améliorations techniques apportées aux moyens de transport—routes plus nombreuses et meilleures—véhicules-automobiles en plus grand nombre et moins coûteux—voitures de transport publiques plus légères et plus rapides y compris les aéronefs—le mouvement des gens d'un endroit à un autre continuera à s'accélérer.

L'hygiène du Canada constitue donc un problème unique que nous ne pouvons pas fractionner en segments géographiques.

Question constitutionnelle

Il serait inutile d'insister sur cette nécessité d'un programme national—elle est évidente—si nous ne savions tous que notre constitution actuelle y met des obstacles.

Si nous admettons, par exemple, que l'assurance-maladie doit être à base de contribution—et le Comité l'a ainsi considéré—nous devons alors immédiatement envisager la décision du Conseil privé et de la Cour Suprême du Canada dans la cause de la Loi de 1935 concernant le chômage et l'assurance sociale. Le Dominion ne peut créer des droits civils entre l'employeur et l'employé.

Cette décision fut fatale à l'assurance-chômage jusqu'au temps où fut modifié l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, et elle devient fatale à l'assurance-maladie nationale, si nous devons la pourvoir d'un plan de contribution.

Mais la difficulté constitutionnelle qui entrave la route de l'assurance-maladie est beaucoup plus grande que dans le cas du chômage.

Il faut concéder que l'Acte de l'A.B.N. est plutôt vague dans ses allusions au domaine de l'hygiène publique. Cela est dû au fait que nombre des types de services hygiéniques maintenant en fonctionnement n'ont pas été prévus à l'époque où les Pères de la Confédération accomplissaient leur tâche monumentale.

En conséquence, il existe des divergences d'opinion parmi les autorités constitutionnelles sur la manière d'interpréter cette partie de la Loi. D'un autre côté, il n'y a guère eu de désaccord sur le droit du Dominion et des provinces d'adopter les mesures qui ont été respectivement élaborées au cours des années.

Par exemple, les provinces contrôlent la réglementation de la profession médicale. Chaque province a son statut établissant un conseil de médecins ou un collège de médecins qui a le droit d'annuler les licences des praticiens, de prendre des mesures disciplinaires et de régulariser leurs activités.

Nos hôpitaux se sont développés sous des systèmes provinciaux et municipaux. Les mesures d'hygiène régies par mandements législatifs, affectant les droits de la personne, tombent clairement dans le domaine de la juridiction provinciale. Mon prédécesseur, le présent ministre de la Défense nationale pour l'Air, lors des débats sur une résolution recommandant les examens médicaux obligatoires en 1939, faisait remarquer que le gouvernement fédéral n'avait aucunement le droit d'imposer des contraintes à l'égard de ces examens, que c'était là clairement un pouvoir réservé aux provinces sous la rubrique des "droits civils".

Toute tentative par le Dominion d'exercer de semblables pouvoirs serait vite arrêtée par les tribunaux. Et il semble très douteux que nous puissions instaurer un régime d'assurance-maladie ou un programme solide et pratique d'hygiène publique sans empiéter sur une partie ou la totalité de ces sphères d'action.

Recommandations du rapport Sirois mises en exécution

On pourrait soutenir, sans doute, qu'une modification constitutionnelle écarterait toutes ces difficultés.

Le Comité consultatif de l'assurance-maladie en est arrivé à la conclusion qu'il ne fallait pas le tenter. Tout d'abord, je doute que le problème de l'action constitutionnelle soit aussi simple que pour l'assurance-chômage, parce que, dans ce dernier cas, nous n'absorbions pas les institutions provinciales préalablement établies. L'assurance-maladie, comme on l'a indiqué, devra entraîner une série de mesures qui vont à l'encontre des Statuts provinciaux actuels, des coutumes provinciales et d'habitudes traditionnelles. Lorsque nous considérons l'opportunité de modifier la constitution, nous avons le bénéfice des conseils très sages et for appronfondis qui sont contenus dans le rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, dont le premier président, on s'en souvient, feu le Juge en chef Rowell, avait la réputation d'être une de nos plus grandes autorités en droit constitutionnel.

Permettez-moi de citer quelques-unes des observations de la Commission contenues dans le Livre II de son rapport, qui contient les recommandations de la Commission.

P. 13. "Dans notre étude de la meilleure répartition de juridiction, à la lumière des conditions actuelles et des évolutions probables, nous avons été guidés par:

(*a*) Le principe de la non-altération des arrangements constitutionnels existants, sauf pour des raisons impérieuses;

(*b*) Les différences marquées qui existent dans la philosophie sociale des diverses régions du Canada;

(*c*) L'économie et l'efficacité administratives;

(*d*) La conformité des différentes juridictions en vue de l'acquittement des obligations financières en l'espèce".

P. 13. "Nous soulignons l'importance de restreindre au plus strict nécessaire le transfert de juridiction au gouvernement fédéral".

P. 14. "La coopération (entre le Dominion et les provinces) devient de plus en plus importante, surtout dans les services qui tendent à répartir les pouvoirs entre le Dominion et les provinces, s'il faut ménager l'autonomie provinciale tout en assurant l'efficacité gouvernementale".

P. 34. "A notre avis, il ne serait pas pratique de conférer, soit au Dominion, soit aux provinces, des pouvoirs exclusifs concernant l'hygiène publique".

P. 34. "Il existe des différences marquées dans la philosophie sociale pratiquée par les diverses régions du Canada, ce qui pourrait nuire à l'application de lois concernant la santé publique. La centralisation des pouvoirs pourrait donc ne pas amener les progrès espérés tant dans le domaine de la salubrité publique que dans celui de l'unité nationale... En conséquence, nous sommes d'avis qu'il ne faut rien changer à la situation constitutionnelle présente".

Plus loin, après avoir passé en revue les attributions en matière de santé publique relevant du Dominion et des provinces et, après avoir exposé ses vues sur le développement futur de ces attributions partagées, la Commission considère qu'il appartient formellement à la province de décider de l'adoption ou la non-adoption d'une assurance-maladie. Toutefois, la Commission ajoute que le Dominion devrait donner les directives voulues pour assurer la coopération entre les provinces, et, à la page 44, elle conclut que toutes ses observations précédentes "n'excluent pas la possibilité de l'aide fédérale, au moyen d'allocations, pour les services particuliers... comme des mesures spéciales d'hygiène".

Le Comité consultatif de l'assurance-maladie a suivi de près les conseils de la Commission Sirois. Il a évité une modification constitutionnelle, il n'a pas altéré l'état actuel de la juridiction originelle, il a laissé la décision finale aux provinces, il propose de conférer au Dominion la directive dans la coopération et les normes et il conseille des moyens d'allocations.

Il faut remarquer que les objections contre la modification constitutionnelle sont d'ordre plutôt pratique que théorique. Le Dominion devrait prendre l'administration des attributions qui sont déjà du ressort des provinces et qui, en maints aspects, reflètent leurs cultures historiques respectives. Dans le vieux Québec, nous avons un système d'hôpitaux et d'institutions de charité basé sur des institutions religieuses vénérées par le peuple et intimement lié à elles. Chez son voisin, en Ontario, il existe un système entièrement différent qui n'en reflète pas moins les fortes convictions du peuple de cette province.

Un programme d'hygiène nationale, qui exclurait la direction et le contrôle de ces institutions, paraîtrait faible et caduc. Un programme national doit posséder des éléments d'uniformité et il ne serait ni désirable ni pratique de chercher à uniformiser des institutions qui se sont développées sur des bases aussi diamétralement différentes.

Heureusement, le Comité a découvert un autre moyen de promouvoir les directives du Dominion en instaurant un plan de portée nationale, qui puisse être aidé par les deniers nationaux prélevés grâce aux plus larges pouvoirs fiscaux du Dominion.

Projet du Comité consultatif

A cette phase, il sera peut-être utile de décrire brièvement la nature du projet recommandé.

Il va sans dire que le comité consultatif envisage l'adoption d'une loi fédérale qui sera la pierre angulaire de l'édifice.

Le Comité considère également que l'assurance-maladie doit cadrer avec un vaste programme de mesures prophylactiques. En réalité, l'assurance-maladie ne constitue que la plus importante d'une série de mesures. La considération primordiale est la santé du public.

Le Comité consultatif recommande que le Gouvernement fédéral ait les pouvoirs voulus pour accorder une subvention à toute province qui établira une mesure d'assurance-vie conforme au bill-modèle provincial qui a été établi.

Le projet prévoit, toutefois, qu'aucune subvention ne sera accordée si la province ne s'engage pas également à entreprendre un programme général d'hygiène publique approuvé par le Dominion. Une subvention sera aussi octroyée à l'égard de ce programme.

Cela signifie que le Gouvernement fédéral aidera les provinces, tant pour l'assurance-maladie que pour le programme d'hygiène publique, mais qu'il n'accordera pas de subvention à l'égard de l'un ou de l'autre de ces projets, si les deux ne sont pas mis en vigueur.

Le projet provincial envisagé dans les recommandations du comité est suffisamment étendu pour englober toute la population, travailleurs et chômeurs, maîtres et serviteurs, cultivateurs et industriels, employés adultes, vieillards, indigents et enfants. Personne ne devra en être exclu.

Toutefois la province est laissée libre de restreindre les prestations aux personnes dont le revenu est inférieur à un certain chiffre-limite. Le rapport du comité favorise la protection de l'entière population, mais cette obligation ne lie pas la province.

Le bill-modèle provincial est établi sur des principes obligatoires à base de contribution. Tous les adultes dont les salaires, gains ou revenus rentrent dans une certaine catégorie, seront tenus de verser leurs propres contributions. Le mari, s'il en est capable d'après la norme établie, paiera pour sa femme, mais le coût des enfants sera réparti entre tous les cotisants.

Les prestations comporteront: des services médicaux et des services de gardes-malades complets, l'hospitalisation dans une salle publique, les médicaments énumérés dans une liste de remèdes approuvés, et des soins dentaires dans la mesure des possibilités.

Les prestations en argent, pour temps perdu, ne sont pas incluses dans cette mesure. La plupart de nos travailleurs à qui il conviendrait d'accorder des secours pécuniaires sont déjà protégés par l'assurance-chômage. Et s'il était jugé nécessaire d'accorder des secours pécuniaires, il serait préférable, semble-t-il, de les faire relever de l'assurance-chômage.

Le comité a recommandé deux méthodes de percevoir les contributions. D'après ce plan, toute la population sera immatriculée, et les bénéficiaires de revenus seront divisés en deux groupes connus sous le nom d'affiliés employés et d'affiliés cotisés.

Les affiliés employés, c'est-à-dire ceux qui touchent des traitements ou des salaires, paieraient leurs contributions au moyen de la méthode familière de déduction sur le bordereau de paie.

Les affiliés cotisés sont ceux dont le revenu est acquis à titre de propriétaires exploitants ou qui tirent leur revenu de leurs placements. Les affiliés cotisés font surgir un problème, parce qu'il faudra déterminer leur revenu exact; et l'avant-projet provincial comporte une modalité à cet effet. Cette modalité sera expliquée un peu plus loin. Pour l'instant, il importe de préciser que l'affilié cotisé, une

fois son revenu déterminé, sera tenu, par ce système, de verser le même montant que l'affilié employé possédant un revenu égal et se trouvant dans des conditions familiales analogues.

Examinons donc tout d'abord les montants et le tarif des contributions au point de vue moins compliqué du salarié.

Avant de mentionner des chiffres, il faudrait souligner l'impossibilité de prédire, en ce moment, une statistique précise. Le projet législatif contient un certain nombre d'éléments facultatifs et alternatifs qui sont laissés en grande partie à la discrétion de la province, ou qui feront l'objet de négociations entre la province et le Dominion. Il est impossible de prédire les modalités que les provinces adopteront, ou même de prédire si toutes les provinces adopteront les mêmes modalités.

Aperçus financiers

Dans son rapport, le Comité se sert de chiffres basés sur la supposition que le plan s'appliquera au plus grand nombre possible de personnes et fournira le maximum de services médicaux.

Nous savons combien coûte la maladie au Canada. D'après une enquête spéciale du Bureau de la statistique en 1935, le montant s'élève à $240,500,000. Le Comité a adapté ces chiffres à la population de 1938, c'est-à-dire à la dernière année de paix et c'est sur cette année-là que sont basés les calculs du rapport.

Afin d'établir la cotisation moyenne à percevoir, il a fallu répartir approximativement le coût de la maladie sur toutes les personnes à partir de 16 ans. Le résultat est de $26.45 par tête et par an. Il a été jugé plus commode sans être inexact d'employer des chiffres ronds et de fixer le montant annuel à $26.00 par adulte, puisque ce montant a en même temps l'avantage de revenir exactement à 50 cents par semaine.

Il faut tenir compte du fait que ce chiffre comprend le coût des services médicaux aux enfants, et pour des raisons exposées plus loin, le Comité a proposé de répartir le coût des maladies d'enfants sur toute la population. Les calculs sont basés sur cette supposition.

Le Comité recommande de faire payer au salarié ou affilié cotisé adulte la cotisation de ses charges de famille adultes, femme, enfants au-dessus de 16 ans, parents à charge, ou autres membres de la famille dont il est actuellement le soutien.

Le Comité suppose, cependant, que le Parlement, fédéral ou provincial, ne demandera pas au petit salarié de payer plus d'un certain montant. Pour ses calculs, il a estimé que le Parlement n'exigera pas qu'un homme paye les pleins $26.00 si cette somme dépasse 3 p. 100 de son revenu, et le rapport recommande la marche à suivre pour combler la différence.

Conformément au plan du Comité, puisque $26.00 égalent 3 p. 100 de $866, il s'ensuit qu'un célibataire qui gagne $866 ou plus par an paierait la pleine cotisation de $26.00, mais que celui qui gagne moins de $866 ne serait tenu de payer que 3 p. 100 de son salaire, et le reste serait tiré d'autres sources pour son compte.

Comme dans la plupart des projets d'assurance-maladie, le Comité envisage une contribution de la part du patron et recommande que celle-ci s'élève au montant nécessaire pour compléter les $26.00 après que l'employé aura payé 3 p. 100 de son salaire. Le patron n'aura pas à verser de contribution pour assurer ceux qui, sur la base proposée, peuvent payer leur propre cotisation, ni pour assurer la femme ou d'autres membres adultes de la famille.

En principe, le salarié doit payer pour ses charges de famille adultes, mais dans ce cas également, le Comité est d'avis que le Parlement n'exigera pas du petit salarié un payement excessif par rapport à son revenu.

Le Comité suppose, par exemple, qu'un homme marié gagnant $1,400 peut payer la pleine contribution pour son propre compte et pour celui de sa femme. Dans cette catégorie, le montant de $52.00 égale 3.7 p. 100 du revenu.

En conséquence, le rapport recommande de faire payer à un homme marié (ou à un homme ayant un adulte à sa charge) un minimum de 7/10 de un pour cent de son revenu pour assurer sa femme ou un autre adulte à sa charge. Le reste sera débité au Trésor public et payé par la province. Il faut cependant tenir compte du fait que le Dominion paiera une partie des coûts de la province, de sorte que nous ne parlons ici que de la première source de cotisation et non pas de la répartition ultérieure du coût global entre les provinces et le Dominion.

Prenons comme exemple le cas d'un homme marié dont le revenu n'atteint pas $866 et qui paiera une prime totale de 3.7 sur ce qu'il gagne. Il paiera sa propre cotisation, et le patron la somme nécessaire pour compléter les $26.00. L'employé paiera .7 p. 100 de son revenu pour assurer sa femme, et la province, le montant nécessaire pour parfaire les $26.00.

L'homme qui gagne de $866 à $1,400 paiera les pleins $26 pour son propre compte et .7 p. 100 pour celui de sa femme. Mais il paiera également, pour le compte de sa femme, la différence entre $26 et 3 p. 100 de son revenu.

Un homme qui gagne $1,400 ou davantage paiera le plein montant de $52.00.

Comme exemple dans le cas d'un homme qui gagne de $866 à $1,400, le Comité prend un homme marié dont le revenu est de $1,000.

Cet homme paie $26 pour son propre compte, et le patron ne verse aucune contribution.

Les 7/10 de 1 p. 100 pour le compte de sa femme égalent $7. Le montant par lequel 3 p. 100 de son revenu excèdent les $26, qu'il a payés pour son propre compte, est de $4, donc, il paiera ce montant supplémentaire de $4. En conséquence, un homme qui gagne $1,000 paiera $26 pour son propre compte et $11 pour sa femme, en tout, $37 ce qui laisse $15 à payer par la province pour compléter la somme de $52.

Prenons maintenant le cas de cotisés avec deux ou trois personnes à leur charge. Le Comité a supposé qu'un homme qui gagne $1,800 peut très bien payer la prime entière pour son propre compte et pour celui des deux personnes à sa charge, c'est-à-dire $78, ce qui revient à 4.3 p. 100 de son revenu.

Comme on le voit, c'est là 1.3 p. 100 de plus que les 3 p. 100 fixés comme maximum de cotisation pour une seule personne. En conséquence, un homme avec deux personnes à sa charge et qui gagne moins de $1,800 aura à payer au moins 1.3 p. 100 de son revenu pour le compte des deux personnes à sa charge, la cotisation totale comprendra:—

Le salarié—Pour son propre compte	$26.00
Pour le compte des personnes à sa charge à 1.3 p. 100	$13.00
3 p. 100 de son revenu moins $26....	$ 4.00
	$43.00
Gouvernement provincial.....	$35.00
	$78.00

Le Comité estime que $2,100 est le niveau auquel un homme peut payer la pleine cotisation pour son propre compte et pour celui de trois personnes à sa

charge. En vertu des mêmes principes, un homme qui gagne $1,000 aurait à payer pour son propre compte et pour celui de trois personnes à sa charge une cotisation de $49.50, et le Gouvernement provincial, une contribution de $54.50.

Dans ce qui précède, j'ai pris comme exemple une famille normale d'un homme et de sa femme ou d'autres adultes à sa charge. La formule s'appliquerait également à une femme employée ou cotisée et aux personnes à sa charge.

La contribution d'un employé de moins de vingt ans sera inférieure à celle de l'employé adulte dans la proportion qui sera jugée représenter le prix du service donné aux enfants. Autrement dit, le coût des prestations, qui seront versées à tous les enfants de la même manière, ne sera réparti que sur les contributions ayant plus de vingt ans.

Il y aura aussi un taux de contribution particulièrement bas pour les employés ayant moins de dix-sept ans.

Secours aux enfants

Avant de terminer l'étude des contributions, il y a lieu de dire un mot sur ce que sera l'assiette des prestations aux enfants.

Nous n'avons au pays aucun système comportant des allocations familiales ou des allocations maternelles comme celles qui existent jusqu'à un certain point en Grande-Bretagne et que le Plan Beveridge suggère d'augmenter.

Les importants services d'hygiène prévus dans le plan que nous étudions pourvoient évidemment, dans les cas de maternité, à l'hospitalisation et à tous les soins médicaux nécessaires.

Les allocations famliiales ont pour but de soulager les parents d'une partie des frais que comporte la tâche d'élever une famille nombreuse. Il est admis que les enfants constituent un actif national, et tout système d'allocations familiales vise à répartir les frais de leur éducation parmi la population entière, au lieu de les laisser au complet à la charge de la famille. Sans aucun doute, l'infériorité du taux des naissances se rapporte pour une part à des raisons d'ordre économique.

La maladie figure parmi les grandes sources de dépense qui résultent de l'éducation d'une famille. Le Comité consultatif vise à distribuer ce fardeau sur toute la collectivité. La rougeole, la coqueluche, la fièvre scarlatine et les autres maladies épidémiques qui se répandent dans toute une famille ne seront plus un fardeau financier pour le père d'une famille nombreuse. La note du médecin, le prix des médicaments et des services prescrits se payeront à même la caisse.

En d'autres termes, les parents d'une famille de dix enfants n'auront pas plus de frais de maladie que le couple sans enfants.

La plupart des plans d'assurance-maladie pourvoient aux employés et aux chefs de famille qui contribuent, sans s'occuper des charges de famille. Le plan que nous proposons pourvoit à la famille entière et répartit les frais sur l'ensemble de la communauté. Il ne tient pas lieu d'allocations familiales, mais il apporte un bon soulagement, et si plus tard nous adoptions le système des allocations familiales, le coût en serait réduit d'autant.

Cotisation des non-salariés

Un des principaux problèmes qui se posent à ceux qui préparent l'agencement d'un système contributoire d'assurance sociale consiste à établir les contributions de ceux qui ne reçoivent pas leur revenu sous forme de salaire.

Le Comité consultatif a offert une solution au difficile problème de fixer et de percevoir la cotisation du petit marchand, de l'ouvrier à son compte, du cultivateur, de l'homme de profession, du retraité qui vit d'une rente ou de ses placements ou de quelque revenu de ce genre.

Dans cette catégorie, les perceptions se feront au moyen d'une cotisation annuelle. Tout d'abord, la cotisation se fondera sur le revenu réel. Il y a toutefois des contribuables de moyens variables pour lesquels le revenu réel en espèces ne saurait constituer le fondement normal d'une cotisation. Le cultivateur par exemple se range dans cette catégorie.

Il pourrait être convenu que la cotisation de l'ouvrier à son compte, du cultivateur et de l'homme de profession doit être du même ordre que celle du salarié, laquelle a été fixée à $26 par année. Le problème consiste à déterminer si le cultivateur et les autres non-salariés devraient payer la cotisation complète et, dans le cas contraire, dans quelle mesure ils devraient être aidés.

A cet égard, le Comité suggère que nous obtenions un état des biens de l'intéressé, avec déduction des charges dont ils sont grevés, et que nous estimions le rendement théorique de ces biens à 3 ou 3½ p. 100.

Le rendement théorique des biens du contributeur, ajouté à son revenu réel en espèces, constituera le critère d'après lequel on déterminera s'il doit payer la cotisation complète ou si le trésor public doit en solder une partie.

On fera les mêmes calculs pour les charges de famille que pour les salariés. Et comme il n'y aura pas de patron pour compenser l'insuffisance de la prime du contributeur, toute compensation en faveur du contributeur cotisé devra venir des fonds publics, c'est-à-dire de la province tout d'abord.

Ici encore surgit une difficulté, pour déterminer la part de la province et la part du fédéral dans la contribution provenant des fonds publics.

Dans son rapport, le Comité consultatif présume l'existence de relations financières normales entre le fédéral et les provinces, à peu près comme elles existaient avant la guerre et surtout avant les accords fédéraux-provinciaux, par lesquels le fédéral a acquis les sources de revenu provincial les plus variables, aux fins de la guerre.

Le Comité a fondé la plupart de ses calculs sur l'année 1938, antérieure à la guerre et au cours de laquelle les provinces ont eu une situation très différente de celle qui existe aujourd'hui quant aux revenus.

Si l'assurance-maladie s'établit pendant la guerre, les arrangements financiers à conclure entre le fédéral et les provinces devront se baser sur les accords actuels relatifs aux revenus.

Si l'on doit adopter ce projet dans l'intention de le mettre en application après la guerre, on devra probablement ajourner la répartition des frais entre le fédéral et les provinces, quitte à l'élaborer par négociation entre les gouvernements à la lumière des arrangements financiers d'après-guerre, qui remplaceront l'accord actuel.

Cela n'empêche pas d'accomplir tous les progrès que nous pouvons faire à présent, car, à tout événement, le projet comporte des ententes à négocier entre le fédéral et chacune des provinces qui adopteront l'assurance-maladie. Nous recommandons que le fédéral n'accorde pas d'octroi à une province, à moins que la loi adoptée par la province n'ait l'approbation du fédéral, ou, autrement dit, à moins que le plan provincial ne se conforme aux principes posés par le parlement fédéral dans sa loi d'autorisation.

Répartition des coûts

Les chiffres ci-après ne sont cités qu'à titre d'exemple.

Dans la partie financière de son rapport, le Comité a calculé plusieurs bases de contribution fédérale sous forme de fractions du coût total des services.

Ces fractions sont un neuvième, un huitième, un sixième et deux neuvièmes. Elles ont l'avantage de permettre d'arriver, par une simple multiplication, à un quart, un tiers ou cinq neuvièmes, si l'une ou l'autre de ces formules était jugée plus convenable.

En prenant comme exemple la population de 1938, le Comité a indiqué le montant de la contribution totale et de la contribution par tête que le Dominion serait appelé à payer dans le cas où l'une des trois formules—un neuvième, un huitième ou un sixième—serait adoptée:

	Un neuvième	Un huitième	Un sixième
Par tête	$2.40	$2.70	$3.60
En tout	$26,901,600	$30,264,430	$40,352,400

La plupart des tables sont basées sur un sixième.

Dans ses différents calculs et exemples, le Comité a adopté la formule d'un sixième comme modèle, et c'est probablement celle qui convient le mieux, vu que le calcul s'applique à l'année 1938, au cours de laquelle les provinces jouissaient de leurs prérogatives normales de taxation conformément à l'Acte de l'A.B.N.

Mais il est bon d'avoir sous les yeux d'autres exemples basés sur une contribution fédérale plus forte qu'un sixième, dans le cas où nous adopterions un des projets financiers du rapport Sirois, ou dans le cas où les accords fiscaux entre le Dominion et les provinces seraient prolongés d'une manière plus ou moins permanente.

Permettez-moi donc de soumettre au Comité les montants que le Dominion aurait à payer en cas d'adoption d'une des formules suivantes:

	Deux neuvièmes	Un quart	Un tiers	Quatre neuvièmes
Par tête	$4.80	$5.40	$7.20	$9.60
En tout	$53,803,200	$60,528,860	$80,704,800	$107,606,400

Ce sont là les proportions les plus fortes; elles vont jusqu'à $107,000,000.

Le coût total pour l'année entière, basé sur le chiffre exact de la population de 1938, est de $232,896,000; auquel il faut ajouter les frais d'administration, $23,290,000; soit un total de $256,186,000.

Les revenus nécessaires proviendront en premier lieu des cotisations suivantes:

Employés à travail continu, pour leur propre compte		$35,392,000
Employés à travail discontinu, pour leur propre compte		11,403,000
Employés, pour le compte de leur famille		16,747,000
Total pour les employés		$63,542,000
Patrons, pour le compte des employés à travail continu		$11,499,000
Patrons, pour compte des employés à travail discontinu		3,846,000
Patrons, pour le compte d'employés sans salaire mais avec frais de subsistance (membres de la famille des boutiquiers, fermiers, etc)		8,827,000
Total pour les patrons		$24,172,000
Affiliés cotisés		
Propriétaires-travailleurs, pour leur propre compte	$19,216,000	
Rentiers sans occupation	3,793,000	
Familles de propriétaires-travailleurs	12,904,000	
Membres de familles dispersées	1,123,000	
Total pour affiliés cotisés		$37,036,000

Ces contributions de bénéficiaires et de patrons donnent un total de $124,750,000 et, une fois ce montant encaissé, il resterait par conséquent une somme de $131,436,000 à tirer du Trésor public (provincial et fédéral).

Le réel problème financier consiste à déterminer comment ce montant sera réparti par les autorités fédérales et provinciales.

Le coût global comprend toutefois certains frais qui sont actuellement payés par les provinces et qui seront absorbés par le plan d'assurance-maladie, principalement les subventions aux hôpitaux et les paiements pour le compte des personnes indigentes et autres incapables de payer les frais de médecin et d'hospitalisation.

Ces frais, actuellement à la charge des provinces et dorénavant compris dans le plan, s'élèvent à environ 15 millions de dollars d'après les renseignements obtenus par le Comité.

Il convient donc de soustraire 15 millions de dollars du montant à fournir par les fonds publics, ce qui laisse $116,436,000 à la charge du Dominion et des provinces.

Les contributions respectives du Dominion et des provinces, suivant les différentes formules mentionnées plus haut, s'établissent comme suit:

Subvention fédérale—un sixième du coût des services

Dominion	$40,352,000
Provinces	76,084,000

Cela ne comprend pas les $7,000,000 affectés aux subventions par l'hygiène publique.

Subvention fédérale—deux neuvièmes du coût des services

Dominion	$53,803,200
Provinces	62,632,800

Subvention fédérale—un quart du coût des services

Dominion	$60,528,860
Provinces	55,907,140

Subvention fédérale—un tiers du coût des services

Dominion	$80,704,800
Provinces	35,731,200

Subvention fédérale—quatre neuvièmes du coût des services

Dominion	$107,606,400
Provinces	8,829,600

Je suis en mesure d'indiquer au Comité ce qui resterait à payer à même les fonds publics pour parfaire la somme de $26 par tête pour les différentes catégories de cotisés incapables de payer leur quote-part, dans le cas où le Dominion serait appelé à accorder une subvention d'un sixième, mais je n'ai pas de chiffres pour les autres formules. Celle d'un sixième est, la seule pour laquelle le Comité ait établi des calculs complets. Les autres formules sont faciles à établir.

A supposer que le Dominion contribue $3.60 par tête, soit $40,352,000 du coût global, les provinces auront à payer pour le compte des différentes catégories de cotisés, pour le soin des indigents et pour les frais d'administration:

Employés à travail discontinu	$ 7,930,000	
Propriétaires-travailleurs	8,445,000	
Rentiers sans occupation.....	1,667,000	
Familles d'employés	16,376,000	
Familles de propriétaires-travailleurs	12,619,000	
Membres de familles dispersées	1,179,000	
Reste de la population adulte	19,578,000	
		$67,794,000
Administration (10% du coût des services).....		23,290,000
Total		91,084,000

Ces chifres sont intéressants, vu l'alternative proposée au comité consultatif, mais non incluse dans son rapport, d'ajouter à la contribution du Dominion, outre le sixième du coût des services, un tiers ou une proportion rationnelle de la quote-part que les provinces auront à payer pour parfaire le total des contributions.

Sur la base d'un sixième comme contribution, du Dominion, les provinces auraient à payer une somme de $67,794,000 pour parfaire le total des contributions.

Si le Dominion se chargeait de verser un tiers de cette somme, les montants à payer par le Trésor et les provinces seraient répartis comme suit:

Par le Dominion.....		$62,950,000
Par les provinces—		
Services	$45,196,000	
Administration	23,290,000	
Total	68,486,000	
Moins frais actuels	15,000,000	53,486,000

S'il est constaté qu'un tiers ne représente pas une portion vraiment convenable, on pourrait prendre comme base toute autre fraction dans l'application de ce principe, qui me paraît posséder un certain mérite digne d'être souligné.

Le nombre des cotisés incapables de payer le plein montant de leur contribution est plus grand dans certaines provinces que dans d'autres.

Si le Dominion se chargeait de payer une certaine partie de ces cotisations, cela aurait pour effet de stabiliser le fonctionnement du programme national. L'idée a ses bons côtés, et les membres du Comité estimeront probablement qu'elle mérite considération.

On pourrait encore, dans la répartition du coût entre le Dominion et les provinces, procéder comme suit: le coût total du reste serait acquitté par les trésors publics, après avoir déduit du coût global du projet l'ensemble des contributions.

Comme il a été mentionné plus haut, la subvention globale à prélever sur le trésor public, dans l'exemple en question, serait de $116,436,000. Ce montant pourrait alors être réparti entre le Dominion et les provinces en portions égales, ou suivant toute autre proportion jugée satisfaisante, compte tenu de la capacité financière de chaque province.

Quelle que soit la formule adoptée en ce qui concerne le Dominion et les provinces, il convient de remarquer que les contributions des employés, des patrons et des affiliés cotisés fourniront approximativement 48.7 du coût global, ce qui laisse 51.3 à payer par le Dominion et les provinces.

La proportion des contributions de chaque groupe s'établit comme suit:

	Montant	Pour cent	
Employés	$63,542,000	24.8	
Patrons	24,172,000	9.4	
Affiliés cotisés	37,036,000	14.5	
			48.7
Trésor public (y compris $23,290,000 pour frais d'administration)	131,436,000		51.3
Total	$256,186,000		100.0

Subventions aux services d'hygiène.

Le Comité a procédé à certaines évaluations approximatives de l'ordre de grandeur des subventions que le gouvernement fédéral devrait accorder aux provinces, pour les sept catégories de services d'hygiène recommandées, en plus de l'assurance-maladie.

On recommande de subordonner le concours fédéral aux plans d'assurance-maladie à l'acceptation du subside pour fins d'hygiène publique. Ce subside, au taux de 25 cents par tête, formerait un total de $2,872,428, ainsi répartis entre les provinces:

Hygiène publique:	I.P.-E.	$ 23,762
	N.-E.	144,491
	N.-B.	114,350
	Québec	832,970
	Ont.	946,914
	Man.	182,436
	Sask.	223,998
	Alberta	199,042
	C.-B.	204,465

En ce qui concerne le traitement de la tuberculose et des maladies mentales, le taux de subvention recommandé est de 1/9 des dépenses provinciales. Daprès les dépenses actuelles des provinces, le fédéral aurait verser:

Pour traitement de la *tuberculose* : $1,035,155.

Pour traitement des *maladies mentales*: $2,171,485.

A l'égard des *maladies vénériennes,* le taux de subvention recommandé serait de 1 cent 7/10 par tête (.017), soit une subvention fédérale totale de $195,325.

Les subventions pour la formation professionnelle et pour les recherches scientifiques dépendraient des besoins des provinces. Le Comité a suggéré le vote d'un crédit de $100,000 pour les subventions destinées à la *formation professionnelle,* et de $50,000 pour les *fins de recherches.*

La base permanente recommandée pour les subventions au programme *d'aptitude physique* est de 2 cents 1/5 par tête (.022). La somme totale disponible pour ces subventions, pour toutes les provinces, atteindrait $252,774.

Le total global des subventions aux provinces pour fins *d'hygiène publique,* indépendamment du concours fédéral au programme d'assurance-maladie proprement dit, serait de $6,527,167, ainsi répartis entre les provinces:

I.P.-E.	$ 48,717
N.-E.	316,228
N.-B.	212,848
Québec	2,015,076
Ont.	2,147,317
Man.	390,805
Sask.	518,239
Alberta	399,882
C.-B.	478,055

Ce résumé ne comprend pas la répartition de la subvention proposée pour fins de formation professionnelles et de recherches en matière d'hygiène. Cette répartition, ajustée aux besoins des provinces, pourrait être très inégale, si certaines provinces adoptaient des projets spéciaux auxquels correspondraient les fonds disponibles.

Accès du public aux différents services

Un autre aspect important des recommandations du Comité consultatif concerne la manière dont les services seraient mis à la disposition du public. Le Comité s'est efforcé de bouleverser le moins possible les situations existantes et les habitudes de la population.

Dans le projet recommandé, le malade choisira, comme maintenant, son médecin. En cas de nécessité, le médecin de famille pourra demander un spécialiste en consultation, ordonner la présence d'une garde-malade ou l'hospitalisation du malade, prescrire des remèdes ou quelque autre traitement spécial.

La différence majeure sera la suivante: le médecin, la garde-malade et l'hôpital enverront leur facture au fonds d'assurance-maladie, au lieu de l'envoyer au malade.

La forme de rémunération du médecin—honoraires ou système de capitation—sera débattue entre le corps médical et l'administration provinciale de l'assurance-maladie. Au début, le corps médical semblait insister sur les honoraires. On me dit qu'il existe maintenant, parmi les médecins, une tendance en faveur de la capitation. Ce dernier système me paraît préférable, au point de vue de l'hygiène publique, parce qu'il incite le médecin à conseiller des mesures préventives.

La décision, sur ce point, ayant été laissée aux provinces, nous verrons probablement fonctionner les deux méthodes, et nous aurons, pour l'avenir, une base comparaison, permettant des modifications ultérieures en faveur du système le plus avantageux, dans l'ensemble.

J'ai dit que le malade aura le droit de choisir son médecin. Une disposition, toutefois, permet à la Commission provinciale de dresser, pour chaque région administrative, une liste de médecins sur laquelle le patient pourra faire son choix. Ces listes devraient, autant que possible, contenir une variété complète de spécialistes, de manière à fournir, dans chaque région, un service clinique aussi complet que possible. Le plan permettrait à l'assuré de choisir une "clinique de groupement", au lieu d'un médecin.

Le projet accorde au médecin la même latitude de choix qu'au malade, c'est-à-dire qu'il l'autorise à refuser tel ou tel malade figurant sur sa liste.

Les services d'hospitalisation prévus dans le plan sont ceux des salles communes; mais un malade peut obtenir une chambre privée ou demi-privée, en payant la différence.

Le projet présente ce grand avantage de mettre fin à l'époque des déficits et des subventions, pour les hôpitaux. Ceux-ci ne recevront que des malades payants; les provinces et les municipalités n'auront plus à payer l'hospitalisation des indigents et des malades non payants.

De pareilles économies sur les dépenses actuelles des provinces et des municipalités atténueront les charges supplémentaires de l'assurance-maladie pour les provinces.

En ce qui concerne les médicaments, les autorités provinciales chargées d'administrer l'assurance-maladie dresseraient en collaboration avec l'association des pharmaciens, une liste assez complète des médicaments normaux qui pourraient être fournis aux malades à titre totalement ou partiellement gratuit, selon les accords conclus entre le fédéral et la province. Il peut y avoir intérêt à exiger du malade une partie du coût des médicaments, mais le plan permet la création d'un service entièrement gratuit, si la province en décide ainsi.

De l'avis du Comité consultatif, le service dentaire ne pourra, au début, être fourni intégralement, pour cette simple raison que les dentistes ne sont pas assez nombreux au Canada.

En conséquence, le Comité s'est assuré, en consultant l'Association dentaire canadienne, que le corps dentaire accepterait de fournir un service complet et gratuit à tous les enfants jusqu'à un âge déterminé, seize ans par exemple, et procurerait des cliniques dentaires ambulantes pour atteindre les agglomérations rurales. Le service comprendrait un examen dentaire pour tous les enfants du Canada, deux fois par an.

Il est à espérer qu'avec le temps le service dentaire pourrait se développer, jusqu'à devenir aussi complet que le service médical.

Pour assurer des services prophylactiques et des facilités de traitement aux agglomérations rurales aussi bien qu'aux villes, le modèle de bill provincial prévoit la division de chaque province en régions et divisions administratives.

Ces régions et divisions devront être organisées en tenant compte de la population, des moyens de transport, de la disponibilité d'hôpitaux et d'autres services. Faute d'une pareille disposition, on pourrait prévoir, parmi les médecins une tendance à se concentrer dans les grands centres. Un système régional bien organisé assurera les éléments d'une bonne clientèle à un nombre déterminé de praticiens dans chaque région et division, et, en même temps, placera les services médicaux à la portée de tous.

Il reste néanmoins possible que, dans la période inaugurale de l'application du nouveau plan, les provinces ne trouvent pas pratique de fournir aux régions éloignées des services aussi parfaits que ceux des grands centres.

Il semble que la meilleure méthode pour assurer des soins médicaux suffisants aux populations de la campagne soit le système des traitements fixes aux médecins des municipalités ou des districts, déjà appliqué avec beaucoup de succès dans les parties rurales du Manitoba et de la Saskatchewan.

Administration

Le Comité consultatif a accordé beaucoup de temps à l'étude de la question d'administration. Le Comité a constaté des divergences d'opinions entre les divers groupes consultés. Les ouvriers syndiqués, par exemple, redoutent la possibilité d'un contrôle médical exagéré pouvant amener ce qu'ils appellent une " facture des médecins ". De son côté, le corps médical se refuse à envisager l'établissement d'un système qui réduirait le médecin à une position d'infériorité sous la direction de profanes. Avec grande raison, les médecins tiennent à ce que la direction et l'administration soient confiées à ceux qui connaissent et comprennent par profession les problèmes de la santé.

Le Comité s'est efforcé de concilier ces divers points de vue en suggérant de remettre l'administration provinciale à une Commission comprenant un président appointé, qui sera en même temps médecin et qui tiendra le premier rôle à la direction de la Commission.

Le surintendant provincial de la santé ou le sous-ministre de la santé sera membre d'office de la Commission, et les autres membres, nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, représenteront les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les hôpitaux, les infirmières, les assurés, les travailleurs d'industrie, les patrons, les cultivateurs et les autres classes sociales qu'il semblera opportun d'y faire représenter.

Le Comité consultatif eût préféré confier l'administration au ministère provincial de la Santé, mais l'insistance des ouvriers, des cultivateurs et des autres groupes intéressés, qui veulent être représentés dans l'organisme directeur, a conduit le Comité à recommander cette forme d'administration. La Commission devrait se réunir au moins deux fois par année et, dans la pratique, elle devra se réunir très fréquemment au début, durant le stade d'organisation. Cette Commission aux membres nombreux trouvera peut-être avantage à se gouverner elle-même par un petit conseil exécutif formé de quelques-uns de ses membres.

Comme le rôle du gouvernement fédéral sera limité à l'administration des subventions, il ne paraît pas nécessaire de créer une Commission de coordination.

Le Comité recommande donc de créer une Division de l'assurance-maladie au ministère des Pensions et de la Santé nationale, et de lui confier les fonctions nécessaires d'inspection et de coordination. Pour obvier aux inconvénients de la décentralisation, le Comité recommande encore la création d'un Conseil national de l'assurance-maladie, assez analogue aux Commissions provinciales projetées, et composé du directeur de l'assurance-maladie au ministère des Pensions et de la Santé nationale, du sous-ministre de la Santé de chaque province, du plus haut fonctionnaire de l'administration de l'assurance-maladie de chaque province, et de représentants des diverses professions et des groupes de cotisants et de bénéficiaires.

Aptitudes nationales

En sus de l'assurance-maladie, le Comité sera saisi de deux autres projets qui ont été mis au point surtout au ministère des Pensions et de la Santé nationale.

L'un d'eux est le projet d'un Programme national d'aptitudes physiques pour la jeunesse, que je vais maintenant exposer.

L'autre est un projet de réforme dans la méthode d'application des pensions aux aveugles; j'espère pouvoir vous renseigner plus tard sur ce point.

Le Comité consultatif de l'assurance-maladie a déclaré qu'un projet national d'assurance-maladie devrait prévoir une série d'octrois accessoires aux provinces pour le financement de six genres précis de services d'hygiène publique.

L'un d'eux, ainsi qu'il en a déjà été question, est un Programme d'aptitudes physiques conçu particulièrement pour la jeunesse.

Etant donné que l'assurance-maladie nécessitera l'adoption de lois par les parlements fédéral et provinciaux, et que les lois provinciales sont des plus complexes et devront être étudiées de façon approfondie, l'on estime que ce projet de loi ne saurait être appliqué avant au moins deux ans.

Toutefois, la guerre nous a fait sentir la nécessité d'un programme d'aptitudes physiques, et il pourrait être organisé avec rapidité. Pour cette raison, nous avons cru pouvoir considérer ce sujet tout à fait séparément du projet principal d'assurance-maladie et, peut-être, si le Comité y consent, essayer d'agir avec célérité.

Mon ministère a projeté une Caisse nationale d'aptitudes ainsi qu'un Conseil national d'aptitudes physiques, composé d'un directeur à emploi continu et de neuf membres, un pour chaque province.

On propose une caisse d'environ $250,000, dont $25,000 seraient employés à l'organisation du Conseil national. Le reliquat serait à la disposition des pro-

vinces sous forme d'octrois en vue d'aider quelque peu les programmes d'aptitudes physiques approuvés dont l'inauguration et l'application ont été faites par les provinces.

Les méthodes à suivre offrent une variété presque infinie. La culture physique est très poussée dans la plupart des pays d'Europe; l'une de ses formes les plus remarquables est celle pratiquée par les "Sokols" en Tchécoslovaquie.

Il existe depuis plusieurs années en Australie un programme d'aptitudes physiques analogues à celui dont on projette l'adoption au Canada. C'est-à-dire, qu'il y a une caisse de 500,000 livres à même laquelle des octrois sont consentis aux divers Etats. Ce programme est prévu pour cinq ans.

Les Etats-Unis ont aussi inauguré un programme national gigantesque d'aptitudes, en partie en vue d'aider leur effort de guerre, mais avec la pleine réalisation de sa valeur constante dans un avenir éloigné.

Au Canada, on a reconnu, ces dernières années, que la culture physique faisait partie de l'éducation générale, mais, en dépit de nos dons pour les sports et les jeux, le nombre de nos jeunes qui s'y adonnent est étonnamment faible. Il semble que le sport tel qu'il existe chez nous, tende surtout à former des champions et des briseurs de records.

Les sports organisés d'après un programme d'aptitudes physiques viseraient à produire un grand nombre de jeunes susceptibles de prendre part avec honneur aux épreuves athlétiques populaires. Au lieu d'un seul jeune capable de courir cent verges en dix secondes, nous aimerions qu'il y en eût des milliers en état de parcourir cette distance en douze secondes. Plutôt qu'un petit nombre de champions nageurs de marathon, nous aimerions que tous les jeunes pussent nager pendant quinze minutes de suite.

Une autorité éminente aux Etats-Unis, après avoir fait des commentaires sur le grand nombre de jeunes gens *refusés* pour le service militaire, a dit que même parmi les acceptés, rien qu'un faible pourcentage pouvaient courir un demi-mille à leur propre allure, sauter par-dessus une clôture à hauteur de la ceinture, ou faire une fois une traction à la barre fixe.

L'aptitude physique est plus qu'une simple question de santé. Bien entendu, elle a d'étroits rapports avec la santé et y contribue beaucoup, mais, dès qu'on a la santé, il faut tendre vers la perfection physique, l'aptitude à utiliser et coordonner efficacement les fonctions du corps.

Il existe depuis quelques années en Colombie-Britannique un programme d'aptitude physique appelé "Pro-Rec", sous la direction du Secrétaire provincial. Ce programme a produit, pendant la crise, des merveilles chez les jeunes chômeurs. Des dizaines de milliers ont pris part à des divertissements organisés, y compris des exercices rythmés, la gymnastique, la danse et les sports de tous genres.

J'ai vu des milliers de jeunes chômeurs participant au même programme dans les parcs publics de Vancouver. L'effet était comparable à celui donné par les fameux "Sokols" tchèques. On peut se demander si ce genre de culture physique européenne convient entièrement aux dons de tous nos gens, mais elle a certainement réussi en Colombie-Britannique.

Nous voudrions surtout obtenir que les écoles insistent davantage sur la culture physique.

Nos grands établissements commerciaux et industriels offrent aussi de précieuses possibilités pour l'expansion de la culture physique.

Cependant, il faut diriger les efforts en vue de faire profiter le plus grand nombre possible des avantages de la culture physique.

Compte tenu des goûts divers de différents groupes de personnes, les méthodes employées peuvent offrir une variété presque infinie.

Les jeux, exercices athlétiques et sports; les exercices rythmés, la gymnastique et les exercices; la natation, le canotage et le sauvetage; le campement, la

marche et le ski constituent tous des exercices ardus de plein air qui assurent un corps robuste, souple et bien ordonné.

Il ne faut pas oublier non plus la formation des instructeurs, professeurs et meneurs, car sans un grand nombre d'entre eux nous ne pouvons espérer que beaucoup de nos jeunes profitent de la culture physique.

L'aptitude physique comporte plus que le simple accomplissement d'exploits de force et d'agilité. Celui qui a dit,—je ne sais pas si c'est le duc de Wellington—que la bataille de Waterloo avait été gagnée sur les terrains de jeux d'Eton a formulé un aphorisme dont la portée est profonde. Les anciens Romains avaient un proverbe concernant la relation de l'esprit sain au corps sain. La vivacité mentale et la vivacité physique dépendent étroitement l'une de l'autre et c'est dans la jeunesse qu'il faut en établir les bases.

L'on estime que chaque province pourra le mieux décider la façon d'appliquer le programme ci-haut chez elle, soit en formant des instructeurs, soit en fournissant des locaux, soit en subventionnant des projets. Lorsque le Conseil national sera convaincu qu'un certain projet remplira le but projeté, il pourra recommander au Gouvernement qu'un crédit soit employé à même la Caisse nationale d'aptitudes physiques.

Méthodes de procéder

Pour terminer, je dois dire un mot sur la méthode suivie dans la présentation de ce projet à la Chambre.

Afin de pouvoir soumettre ce sujet en cette présente session, je prends la liberté de révéler que j'avais pressé le comité consultatif de se hâter dans les derniers stades de son travail. En conséquence, lorsque le Comité me présenta son rapport provisoire, à la mi-janvier, il était incomplet. J'ai reçu le projet ministériel sous forme d'avant-projet de loi renfermant les avis et recommandations du Comité sur la portée et la contexture de la législation projetée. Mais, dans sa lettre d'envoi, le Comité m'indique l'expédition prochaine d'un nouveau rapport actuariel et financier, dès sa mise au point.

Le rapport définitif ne fut disponible qu'après le premier mars.

De mon côté, j'avais toujours prévu qu'un bill d'assurance-maladie serait soumis à la délibération d'un comité de la Chambre des communes. Cette méthode est réellement la procédure normale à suivre dans le cas d'un projet législatif d'une telle envergure qui intéresse chaque citoyen du pays dans ce qu'il a de plus intime et de plus personnel.

Dès que le public aura pris connaissance des dispositions du projet, maints groupes intéressés désireront certes exposer leurs points de vue, et il est toujours préférable qu'ils soient exprimés verbalement et ouvertement.

De toute façon, le projet sera renvoyé à un comité, et nous avons estimé qu'il serait agréable et à la Chambre et au public, dans les circonstances, nous demandions l'établissement d'un comité chargé d'étudier le vaste sujet de la législation sanitaire. Les avant-projets soumis par le comité consultatif seront maintenant soumis à ce Comité spécial, dans leur forme actuelle, avec leurs prévisions budgétaires assez souples pour se prêter à une ample discussion.

Il y aurait beaucoup à dire en faveur de cette méthode démocratique qui sollicite la collaboration des membres de la Chambre et du grand public en vue d'établir une importante mesure de réforme sociale, d'un intérêt direct pour chaque citoyen du Canada.

En tout état de cause, la procédure que nous préconisons maintenant est celle qui nous convient le mieux à cette phase préparatoire d'un bill d'assurance-maladie. Nous l'avons adoptée à cause des avantages intrinsèques qu'elle offre de mettre sur pied, dans le plus bref délai possible, une loi qui sera vraiment démocratique et représentative de la volonté du peuple.

La santé au Canada en 1931

Les statistiques de la santé du pays démontrent le besoin d'une telle mesure.

Dans son rapport sur l'état de santé du peuple canadien en 1931, le Dr J. J. Haegerty, directeur des Services d'hygiène publique, passe en revue les indices de la décade précédente. Ces indices peuvent être brièvement résumés comme suit:

Les taux de naissances et de mariages accusent une hausse.

Les taux de mortalité accusent une légère hausse.

La mortalité infantile, cependant, a diminué, durant ces derniers dix ans, de 73 à 60 par mille.

La mortalité maternelle a définitivement suivi une tendance à la baisse, de 5 à 3.5 durant cette période décennale.

La mortalité due aux affections cardiaques indique une augmentation notable.

Le taux de mortalité, pour les affections artérielles, accuse une diminution appréciable.

La mortalité par le cancer accuse une légère hausse.

Bien que la période décennale révèle une diminution notable dans le taux mortuaire de la diphtérie, l'année 1941 enregistre une augmentation sur 1940.

Le taux de l'influenza manifeste d'extrêmes fluctuations, mais sa tendance est généralement à la baisse.

Le taux de mortalité par la pneumonie est à la baisse, et celui de la typhoïde et de la paratyphoïde a fortement décliné.

Quoique la statistique décennale indique une réduction considérable dans le taux mortuaire de la tuberculose, l'année 1941 accuse une augmentation sur l'année précédente.

Le taux mortuaire de la syphillis est à la hausse, mais on considère que cette augmentation reflète plutôt une amélioration dans l'efficacité des services indicateurs des causes de mortalité que le taux réel d'augmentation dans les incidences de cette maladie.

Nos statistiques d'enrôlement, dans la guerre actuelle démontrent que la santé est meilleure au Canada qu'elle ne l'était aux époques d'enrôlement lors de la Grande Guerre. Ainsi, nous pouvons dire avec confiance que d'une manière générale, le Canada a fait des progrès dans l'hygiène publique, mais que, sous maints rapports, les statistiques présentes font entrevoir nombre de lacunes à combler.

Conclusion

Il y a cent cinquante ans, l'Europe traversait une époque de révolution industrielle. Aujourd'hui, les Nations-Unies, comme le prévoient leurs programmes de restauration, glissent vers la pente d'une révolution humanitaire.

Au milieu des sauvageries et des tueries de la guerre, nous assistons à l'étrange paradoxe de l'émergence d'une plus noble appréciation de la dignité ou de la sublimité de la personnalité humaine. On reconnaît la sécurité sociale comme un des aspects d'une saine humanité.

La sécurité sociale possède un triple caractère :

(*a*) Elle comporte l'emploi avec des conditions de vie normales;

(*b*) L'hygiène prophylactique et curative;

(*c*) Le service social sous diverses formes.

Le Canada a réalisé de grands progrès, mais plus d'une lacune reste à combler.

Le siècle dernier a connu le triomphe de la lutte pour la démocratie politique avec ses mesures de réformes, le suffrage universel, le gouvernement responsable et d'autres progrès.

Mais la démocratie économique tire encore de l'aile.

Dans ce grand conflit, nous nous tenons au côté de la Grande-Bretagne et nous combattons avec elle. Soutenons-la donc dans ses mesures de sécurité sociale en coopérant avec ceux de nous qui sont là et ceux d'entre eux qui sont ici.

Si nous pouvons nous dévouer jusqu'à la victoire contre le fléau de l'hitlérisme, ne pouvons-nous pas en faire autant contre les fléaux des maladies, de l'insécurité et de la pauvreté.

Il nous sied de triompher de l'égoïsme, du matérialisme et de la misère, et de préparer l'avènement d'un âge d'or dans nos relations politiques, économiques et internationales.

"I see the people beginning their land marks —
All others give way".

RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE AU CANADA

présenté au Comité spécial de la sécurité sociale de la Chambre des communes, par l'honorable Ian Mackenzie, ministre des Pensions et de la Santé nationale, le mardi 16 mars 1943

Le rapport a été préparé et signé par M. Leonard C. Marsh, conseiller technique du Comité de restauration, ancien directeur des recherches sociales à l'Université McGill. Il a été préparé conformément aux instructions données au Comité de restauration par l'honorable M. Mackenzie, à titre de président du Comité de démobilisation et de rétablissement du cabinet. M. Marsh a remis le rapport au principal James, président du Comité de restauration, qui l'a présenté au Gouvernement.

Résumé et notes explicatives:

Le rapport énonce:

(*a*) Les principaux aspects de la législation existant au Canada et correspondant au sujet traité.

(*b*) Les méthodes qui permettraient d'améliorer ou de réformer cette législation " particulièrement en la transformant en législation d'assurance sociale à base de contribution ".

(*c*) Les principes à suivre si l'on veut établir un vaste système de sécurité sociale de la manière la plus efficace.

PARTIE I

BASES DU RAPPORT

" Des remèdes au chômage, tant au point de vue économique qu'au point de vue social, sont le premier et le plus grand besoin d'un programme de sécurité adapté à l'économie industrielle moderne."

" La simple prévision de l'indigence, sans analyse particulière de ses causes, peut être à peu près justifiable quand l'assistance s'effectue sur une petite échelle. Elle est entièrement indéfendable, et propre à détruire le caractère efficace et constructif des mesures prises quand l'assistance s'effectue à l'échelle nationale."

" La seule manière rationnelle de résoudre le problème vaste et compliqué de l'insécurité de la vie ouvrière et de la vie familiale est de reconnaître et de classer des catégories particulières de risques ou de besoins."

" La base solide de la sécurité sociale est l'engagement souscrit par la communauté tout entière."

" La stabilité économique est nécessaire, entre autres raisons, pour maintenir le flot du pouvoir d'achat quand les fabriques de munitions et autres usines fermeront, et que l'activité de guerre se liquidera dans plusieurs autres domaines... Devant cette perspective, il n'y a pas lieu d'envisager un plan complet d'assurance sociale et de bien-être, devant coûter $100,000,000 ou $500,000,000, avec l'inquiétude qu'il pourrait susciter, s'il était mal compris."

" L'assurance sociale obvie directement et complètement à l'aspect le plus pénible de l'assistance aux petits salariés, parce qu'elle écarte la nécessité d'une enquête sur les moyens de l'assisté, dans chaque cas particulier."

" La nation a le devoir spécial de veiller aux besoins des enfants, non pas seulement dans les périodes de chômage ou dans les cas de détresse, mais en tous temps. Telle est la base des allocations pour enfants."

Partie II

PLACEMENT

" Il existe une grande variété d'entreprises qui ne seront certainement abordées que par l'initiative publique et qui feront complètement disparaître le gaspillage, la laideur, les dépenses sociales; des projets comme la reconstruction des têtes de ligne congestionnées ou des quartiers bombardés, le remplacement des taudis par des habitations salubres, l'extension de l'électrification rurale, la remise en valeur des terrains érodés et des régions ravinées, projets qui rapportent de l'argent tout en fournissant du travail à la main-d'œuvre, qui offrent des placements aux capitaux privés tout en orientant les dépenses publiques dans une bonne direction. La mobilisation de ces projets est une tâche de sécurité économique pour l'avenir qu'il convient d'étudier dès à présent."

"Il y a quelque chose de nouveau — ou du moins quelque chose qui n'a pas encore été mis en œuvre — dans l'idée d'employer la main-d'œuvre nationale sur un plan de collaboration internationale comme mesure concrète contre la dépression dans la période de bouleversement qui suivra la guerre."

" Il semble raisonnable d'affirmer qu'il n'y aura pas de sécurité pour la réserve de main-d'œuvre au Canada si cette main-d'œuvre ne participe pas en même temps à un programme d'au moins un milliard de dollars pendant la première année d'après-guerre."

" Il n'existe aucun parallèle et rien de commun entre un programme financier destiné à faire partie de la haute stratégie économique des années d'après-guerre, et les travaux de secours qui ont caractérisé les années de crise après 1930."

"...les différents points du programme complet doivent être justifiés par leurs mérites économiques et leurs avantages spéciaux. . . Des mesures plus systématiques et plus sérieuses de protection et d'utilisation des ressources nationales du Canada en ce qui concerne les forêts, les mines, les eaux et le sol devront forcément figurer en tête de ces programmes."

"Il devrait y avoir place pour les loisirs et la culture, pour des projets par conséquent, qui permettent d'employer utilement les loisirs... de tels aménagements devraient comprendre salles de récréation, clubs pour jeunes gens, pouponnières de démonstration, cuisines, maisons et fermes, stations de recherches de toutes sortes ainsi que routes et centrales d'énergie."

"Le programme des grands travaux... demande, en premier lieu, un effort coordonné de mobilisation auquel les provinces, les municipalités, les utilités publiques et l'industrie privée doivent être invitées à prendre part."

"Tous les travailleurs inexpérimentés devraient être soumis à une formation professionnelle, surtout quand ils sont jeunes, dès qu'ils restent assez longtemps sans emploi."

"Il n'est pas nécessaire d'appuyer davantage sur l'importance décisive d'appliquer les plus complètes ressources d'éducation et de ré-éducation professionnelle au problème de réintégration industrielle des ouvriers dès que cessera la nécessité de la production de guerre."

"La Caisse d'assurance-chômage contient en ce moment une réserve de $100,000,000 auxquels viennent s'ajouter, sous le régime de certaines mesures de guerre, environ $60,000,000 par an. C'est une belle somme, mais elle pourrait aisément donner lieu à trop d'espérances . . . Il est possible que, tout au moins pendant quelque temps, plus de la moitié des assurés touchent des prestations, et il pourrait bien se faire que leur nombre atteigne un million à certaines époques."

"Si nous supposons que la guerre finira à la fin de 1943, les employés qui ont contribué à l'assurance-chômage depuis le début sans aucune interruption de travail, auront droit à des prestations qui leur permettront de vivre pendant 24 semaines environ." (Assurance-chômage).

"Dans les présents barèmes (assurance-chômage), le "taux pour personnes à charge" est plus élevé de quinze pour cent que le "taux pour personnes seules". Il est recommandé d'augmenter cette différence, de façon à ce que les taux pour deux personnes soient en moyenne supérieurs de 50 p. 100 à ceux des personnes seules."

"Il y a un certain nombre de raisons qui obligent à envisager les mesures supplémentaires d'assurance-chômage d'ici la fin de la guerre . . . Il restera quelques centaines de milliers de travailleurs soustraits à l'application du système."

Partie III

Risques universels : maladie, invalidité, vieillesse

"En organisant l'assurance-maladie au Canada, il faut poser comme principe de ne rien négliger pour assurer aussi les populations rurales. A cette fin il importe de créer les rouages administratifs nécessaires s'ils n'existent pas déjà."

"Il est nécessaire avant tout que, dans le système d'assurance-maladie les contributions du chef masculin de la famille donnent automatiquement à tous ses enfants le droit à des soins médicaux."

"La part de l'État (dans le système d'assurance-chômage) pourrait être mesurée de façon à faire l'équilibre à chacun des niveaux de la gradation. Au sommet, il est possible qu'il n'ait aucune contribution à fournir; au niveau le plus bas. . . la contribution de l'État à la caisse serait le montant total."

"Ce qui s'impose logiquement pour bien lancer un système canadien d'assurance-maladie, c'est un enregistrement approprié des revenus. . . "

"Il sera sans doute possible de fixer des taux (d'indemnisation des travailleurs) qui ne seront pas trop onéreux pour les cultivateurs."

"Il y aurait de grands avantages à organiser le plus tôt possible un système de prestations-maladie en espèces, comme partie de tout système d'assurance-maladie."

"Pour les femmes occupées à un travail rémunéré, la contre-partie appropriée d'une prestation-maladie en espèces serait la prestation-maternité."

"Les prestations-maladie en espèces (ou les prestations temporaires d'invalidité), ainsi que leur complément spécial pour les travailleurs, ne sont pas seulement un supplément logique à l'assurance-chômage, mais elle sont nécessaires à la réussite durable de l'application de l'assurance-chômage."

"Beaucoup des conditions injustifiables qui privent du droit (aux pensions de vieillesse) peuvent être supprimées. . . On peut sérieusement mettre en doute, par exemple, la valeur sociale du principe selon lequel les enfants doivent être chargés de leurs parents; quelle que soit sa valeur sociale, il est sûr que ce principe est impraticable."

"Une pension maxima de $30 par mois, si l'évaluation des moyens de subsistance et les déductions sur le revenu étaient effectuées plus rigoureusement qu'elles ne le sont à l'heure actuelle, serait plus agantageuse aux personnes à charge et dans le dénuement que l'échelle présente d'assistance (des pensions de vieillesse)."

"Toute personne atteignant l'âge prescrit (pour les pensions de vieillesse) et qui préfère ne pas réclamer immédiatement sa pension devrait avoir droit à une prime que chaque année de délai augmenterait. D'autre part, il faut prévoir le droit à une pension de vieillesse, soit sous le système des contributions, soit sans contributions, pour les personnes qui, avant d'atteindre l'âge de 65 ans (ou de 60 ans dans le cas des femmes), peuvent établir avec des preuves suffisantes qu'elles ne seront plus désormais capables de travailler, qu'elle sont "brûlées", ou que pour une raison quelconque elles ne pourront probablement plus revenir sur le marché du travail."

"Il existe une tendance précise en faveur de l'assurance obligatoire au moyen de contributions, par opposition aux pensions de retraite et de vieillesse."

"Il importe au plus haut point de se rendre compte que l'assurance-maladie et l'assurance-chômage peuvent être les deux systèmes administratifs sur qui se basera la sécurité sociale au Canada."

"Le recours à une modification bien définie se recommande comme le plus direct et le plus dénué d'équivoque." (Modification à l'Acte de l'Amérique britannique du Nord en vue de permettre l'entrée en vigueur de la loi de l'assurance-maladie.)

PARTIE IV

LES BESOINS FAMILIAUX

"Les allocations nationales minima comprennent évidemment les allocations aux enfants: ces dernières s'attaquent directement à la pauvreté dans le cas d'une famille nombreuse qui n'a pas qu'un faible revenu pour vivre".

"Il faut donner une place assurée aux enfants dans une politique de sécurité sociale".

"Il est tout à fait possible qu'à cause des frais globaux—étant donné qu'il y a eu au delà de 3,500,000 enfants (de moins de 16 ans) au Canada—l'échelle des allocations soit d'abord assez faible; mais cette échelle ne doit pas être disproportionnée aux sommes minima reconnues comme nécessaires pour sustenter un enfant. Le minimum d'assistance... s'établirait en moyenne à $14.50 par mois, bien qu'il soit établi qu'au moins dans certaines régions rurales les loyers plus bas créeraient une légère différence".

"La possibilité d'une base contributive pour les allocations aux enfants, en tout ou en partie, ne doit pas être considérée comme entièrement écartée d'après les conditions au Canada..."

"Les mesures approfondies pour les femmes enceintes constituent une question spéciale. Il est hors de tout doute que toute projet d'assurance-maladie à mettre sur pied devra comporter toutes les dispositions possibles relativement aux soins médicaux, qui devraient être assurés à toutes les femmes..."

"Il est à peu près sûr que tous ces plans (d'aide aux veuves) mis ensemble, ne contribuent guère, dans le cas des familles à ressources faibles et modérées du pays, à assurer la sécurité des membres qui survivent au chef de famille . . . Un instant de réflexion sur ces deux échelles d'aide qui font contraste (la somme payée aux personnes à la charge des soldats et celle accordée pour les allocations aux mères) suffira pour démontrer les insuffisances des lois actuelles provinciales des allocations aux mères, et le besoin d'un règlement d'après-guerre de la situation".

"Il y aura encore dans l'avenir à établir un revenu suffisant pour permettre à la veuve de subsister tout en s'occupant de sa famille".

"Il ne peut faire de doute que l'inclusion, si la chose était possible, d'une prestation modérée pour funérailles dans un projet d'assurance sociale, représenterait une contribution avantageuse".

"Le but britannique de la sécurité sociale s'élève à environ $3,200,000,000... l'équivalent pour le Canada oscillerait entre $800,000,000 à $900,000,000".

"Si la sécurité sociale pour le Canada comporte un budget d'environ un milliard de dollars, il faut se rappeler que ces recouvrements et déboursés ne proviendraient pas tous d'impôts ni de fonds d'Etat. Il faut aussi les opposer aux niveaux entièrement nouveaux de la production natoinale et du budget fédéral résultant du régime économique amené par la guerre".

LES BASES ESSENTIELLES D'ASSISTANCE

En établissant des bases essentielles d'assistance, le Dr Marsh s'est servi d'une étude préparée par le Welfare Council de Toronto, en 1939, qui englobait les éléments strictement capables d'assurer, pour chaque famille, la santé et des

conditions de vie raisonnables et honorables, ainsi que les dépenses qui s'y rattachent. Il a fait également des comparaisons avec d'autres travaux semblables et les normes d'autres pays.

Ce budget visait à établir le niveau auquel une famille de cinq personnes serait assurée d'un peu mieux que le strict nécessaire pendant une longue période. D'après les chiffres de 1939, ce budget exigerait $28.35 par semaine, ou $122.85 par mois.

Le Dr Marsh continue:

"Le budget du Toronto Welfare Council a été soigneusement examiné, et les réductions possibles sur une base de subsistance qui ont pu être opérées arrivent aux chiffres de $10.30 par semaine, pour deux adultes, et $3.40, en moyenne, pour chaque enfant. Ce calcul donnerait des mensualités de $44.50 et environ $14.50, respectivement.

"Les restrictions contenues dans ce budget comprennent une plus grande densité de locataires dans les logements, et l'absence de toute allocation pour loisirs intellectuels et pour fins d'épargne, pour la raison qu'il n'est guère possible d'économiser sur la nourriture.

"Le niveau inférieur doit être considéré plutôt comme concédé que recommandé; et il serait opportun de le remonter. En termes d'assurance sociale, si l'on songe à établir des barèmes de prestations d'après ce niveau, ce serait avec l'espoir de découvrir des sources supplémentaires de revenu.

"Les barèmes de prestation constitueraient une base, peut-être un encouragement, pour des réserves individuelles ou industrielles au moyen de rentes viagères, de retraites, etc. Il s'ensuit, naturellement, que la preuve de moyens de subsistance serait incompatible avec ces circonstances".

Le rapport contient un tableau indiquant que le minimum de subsistance pour une famille de cinq personnes dont trois enfants nécessiterait, en 1940-41, un revenu annuel de $1,577.40 ou de $131,.45 par mois, tandis que l'assistance minima fournirait $1,134 annuellement ou $94.54 mensuellement.

Le minimum de subsistance convenable à un homme et son épouse, en 1939, a été établi à raison de $69.29 par mois, avec assistance minima de $44.46.

Le budget d'assistance minima indiqué ci-dessus nécessiterait un revenu annuel de $1,134. Pour l'année 1940-41, si on suppose que $1,000 gagnés par le chef de famille équivalent à ce montant, 33.4 pour cent des familles urbaines tombaient au-dessous du degré minimum d'assistance, et pour les régions rurales, le nombre était plutôt supérieur à 50 pour cent.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur le Ministre, pour votre rapport très complet et très intéressant, et pour l'effort que vous avez dû accomplir pour le présenter. Madame Casselman, messieurs, puis-je vous demander conseil, tandis qu'on distribue le bill? J'ai ici le rapport sur la sécurité sociale au Canada, présenté par le Comité consultatif de la restauration. Il nous est envoyé, ainsi qu'au Comité de restauration. Il est très volumineux.

M. WOOD: Il est généralement connu sous le nom de rapport James?

L'hon. M. MACKENZIE: Rapport Marsh.

M. WOODS C'est vrai.

Le PRÉSIDENT: Il a été préparé par M. Marsh, aidé par MM. Bevis et Peebles, entre autres. C'est un document très complet d'environ 160,000 mots. J'estime qu'il devrait être imprimé. Voulez-vous qu'il le soit ? En combien d'exemplaires? On m'a suggéré des tirages variant de 1,000 à 10,000. Je voudrais votre avis à ce sujet.

M. LOCKHART: Le rapport est-il d'une nature telle qu'il puisse être demandé par toutes sortes d'associations?

Le PRÉSIDENT: Oui, incontestablement.

M. LOCKHART: Il nous en faut un nombre suffisant pour répondre aux demandes.

Le PRÉSIDENT: Suggérez un chiffre.

M. LOCKHART : Je laisserai ce soin à ceux qui ont lu le rapport. J'hésiterais à risquer un chiffre.

Le PRÉSIDENT: Le Comité veut-il s'en remettre au président et au Ministre?

Quelques honorables MEMBRES: Oui.

Le PRÉSIDENT: Accepté. Voici deux autres rapports.

L'hon. M. MACKENZIE: On y trouve tout ce qui concerne l'hygiène dans le monde.

Le PRÉSIDENT: Celui-ci est connu sous le nom de rapport Heagerty. Il est très intéressant et complet. Il faudrait imprimer ces deux rapports.

L'hon. M. MACKENZIE: Je crois que ce sont des documents précieux. Ils abondent en renseignements importants. Ils ne proposent pas de conclusions, mais je crois que le Comité, qui doit étudier ces questions pendant quelque temps, les trouvera d'une immense utilité. Vous recevrez aussi des demandes de l'extérieur, venant de toutes sortes d'associations publiques.

M. MCCANN: A combien d'exemplaires le rapport Sirois a-t-il été imprimé?

L'hon. M. MACKENZIE: Notre idée était de commander une impression analogue à celle du rapport Sirois.

M. MCCANN: C'est de la même importance. Nous pourrions nous guider, pour le tirage sur le nombre d'exemplaires du rapport Sirois qui ont été imprimés et distribués. Bien que la décision ait été laissée au président et au Ministre, en ce qui concerne le rapport Marsh, le Comité pourrait en demander un nombre égal à celui de nos comptes rendus, afin d'en assurer, de bonne heure, la distribution aux membres du Comité, aux membres de la Chambre, et à tous ceux que la question intéresse immédiatement. La question de l'impression pour le public pourrait être laissée au Gouvernement.

Le PRÉSIDENT: C'est-à-dire, que la première édition aurait le même tirage que nos comptes rendus.

M. MCCANN: Exactement 1,500 et 700. Et le Gouvernement déciderait du tirage destiné au public, en se guidant sur le tirage nécessaire du rapport Sirois et du rapport Heagerty. C'est ce qu'il faut faire, je crois. Ce sera relativement long; il faut procéder aussi vite que possible, pour que les intéressés puissent recevoir les rapports et les étudier.

L'hon. M. MACKENZIE: Nous avons assez d'exemplaires ici pour distribution immediate aux membres du Comité.

M. SLAGHT : Ceux qui décideront du tirage ne devront pas oublier que les provinces, et aussi les associations médicales de chaque province, en désireront un bon nombre, et qu'il ne serait pas juste de le leur refuser.

Le PRÉSIDENT: On y veillera.

M. KINLEY: Comment la distribution sera-t-elle faite? Par exemple, des membres du Comité en enverront un certain nombre aux provinces; les gouvernements provinciaux en enverront aux associations, dans leurs provinces respectives; n'y aura-t-il pas double emploi? Il faut éviter le tirage excessif et le double emploi.

Le PRÉSIDENT: Je pense que nous pourrons fixer la quantité d'après les demandes d'exemplaires que nous recevrons. Il faudra prendre garde de ne pas en faire imprimer un trop grand nombre.

Mme CASSELMAN : Le rapport Sirois s'est vendu dans une certaine mesure.

Le PRÉSIDENT: Oui, et le rapport Beveridge se vend assez bien. Vous n'avez pas l'intention de faire vendre ces rapports, monsieur le ministre? Le Comité a-t-il des remarques à faire sur la proposition de M. McCann?

M. WRIGHT: Il me semble que ces rapports devraient être imprimés par le gouvernement et vendus au prix de revient. C'est ce qu'on a fait dans le cas du rapport Beveridge.

Le PRÉSIDENT: On y réfléchira.

L'hon. M. MACKENZIE: Si le Comité le recommande, cela pourrait nous aider à obtenir que cela se fasse.

M. WRIGHT: Je suis d'avis de le recommander.

Le PRÉSIDENT: Voulez-vous proposer une résolution à cet effet?

M. WRIGHT: Oui, je propose que le gouvernement fasse imprimer ces rapports et qu'ils soient mis en vente à un prix raisonnable.

M. LALONDE : A un certain prix à tous ceux qui désirent acheter le rapport, à part les membres de la Chambre.

M. WRIGHT: Oui.

Le PRÉSIDENT: Et le gouvernement provincial?

M. WRIGHT : En dehors des 1,500 exemplaires qui seraient imprimés. Je parle maintenant de la quantité en plus des 1,500 exemplaires destinés aux membres du Comité, aux membres du Sénat et autres. C'est au Comité de décider s'il veut que les 1,500 soient vendus, mais j'ai particulièrement en vue les exemplaires en plus des 1,500 qui seront distribués aux membres de la Chambre et du Sénat.

M. LALONDE: Je ne dirais pas cela. L'impression de ces rapports va coûter une somme assez considérable. Nous avons décidé le nombre à imprimer et à distribuer aux membres de la Chambre et du Sénat et aux autres intéressés, mais il peut y avoir d'autres personnes intéressées en dehors de la Chambre. Je ne suis pas d'avis d'en limiter la distribution aux membres de la Chambre, aux membres du Comité et au Sénat.

Le PRÉSIDENT: Vous parlez maintenant de la distribution gratuite.

M. LALONDE: C'est au Comité de décider si la distribution sera limitée aux membres de la Chambre et du Sénat. Etant donné la grosse dépense occasionnée par l'impression des rapports du gouvernement, j'estime que la distribution gratuite devrait être restreinte. D'après mes renseignements, 1,500 exemplaires en anglais et 700 en français constituent un trop grand nombre d'exemplaires gratuits à distribuer en dehors de la Chambre.

M. KINLEY: Il y a 245 députés et 96 sénateurs..

Le PRÉSIDENT: Monsieur McCann avez-vous quelque chose à dire?

M. MCCANN : Si je comprends bien, ces rapports ne sont pas des rapports soumis à notre Comité, ce sont des rapports adressés au gouvernement ou au ministère des Pensions et de la Santé nationale et ce matin le ministre les a déposé sur la table et incorporés dans le dossier. Il me semble que tout ce que nous avons à faire est de décider la quantité requise pour le Comité et le Parlement. C'est entièrement l'affaire du gouvernement ou du ministère de décider du reste de la distribution en se basant sur la demande, et si le gouvernement ou le ministère jugent bon de fixer un prix pour la distribution de ces exemplaires, comme ils devraient le faire à mon avis, c'est entièrement leur affaire. Occupons-nous de ce qui regarde le Comité, c'est-à-dire la distribution immédiate d'exemplaires au Comité et aux membres de la Chambre et du Sénat ainsi qu'aux personnes associées aux différents organismes directement intéressés.

M. LOCKHART : Ces choses sont maintenant du patrimoine public, au moins en un certain sens. Il va se produire une demande immédiatement. Comment

notre Comité peut-il établir exactement ce que sera cette demande ? Personne mieux que le ministre et ses adjoints ne peut prendre de mesures à ce sujet. Je trouve que nous perdons notre temps en nous arrêtant ce matin à une telle discussion.

M. WRIGHT: Voici ce que je proposais: on pourrait distribuer gratuitement les 1,500 exemplaires aux membres des Communes et du Sénat ainsi que des diverses législatures s'occupant de la question. En dehors de ces catégories de personnes, je trouve qu'on devrait vendre les exemplaires.

Le PRÉSIDENT: Reprenons la proposition de M. McCann, et nous présenterons ensuite un rapport au Comité sur la question de la vente. Aimeriez-vous que nous nous réunissions vendredi? Le Comité de la restauration se réunit mercredi et jeudi. Nous devrions nous réunir vendredi et fixer chaque semaine la date de la réunion suivante, après avoir consulté les autres comités. Nous réunirons-nous vendredi à onze heures?

M. MCCANN: Que propose-t-on? Le Comité a-t-il quelque chose à proposer au sujet de notre programme de travail? Il me semble que nous gagnerions du temps si le président nommait un petit comité de direction qui nous présenterait le projet d'un programme de travail.

Le PRÉSIDENT: C'est ce que nous allons faire

M. MCCANN: Tâchons d'adopter un programme tel que nous puissions, d'une manière ordonnée, étudier à fond les questions d'intérêt public qui se présenteront au Comité. Choisissons longtemps à l'avance les témoins que nous convoquerons. Nous devrions, il me semble, adopter un ordre quelconque de succession pour notre travail. Je pense que de cette manière nous pourrons pousser très loin notre étude.

Le PRÉSIDENT: On vous soumettra justement quelque chose de semblable à la séance de vendredi.

M. MACINNIS: Monsieur le président, je suis d'accord sur ce point avec M. McCann. Nous devrons conformer notre travail soit au fait que nous aurons plus d'une session pour l'accomplir, soit au fait qu'il nous faudra en tirer des lois dès la présente session. Dans ce dernier cas, il nous faut nous en tenir à une petite partie du travail que nous avons devant nous aujourd'hui. Il me semble qu'il est important de bien connaître le temps dont nous disposons, car, s'il y a des choses que nous pouvons faire immédiatement, il y en a aussi qui nous prendront nécessairement un temps très long.

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

Le PRÉSIDENT: C'est exact. Nous discuterons vendredi la question du programme de travail, et nous entendrons aussi, si nous en avons le temps, M. Heagerty et M. Watson.

Le Comité s'ajourne au vendredi 19 mars 1943, à 11 heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 2

SÉANCE DU VENDREDI 19 MARS 1943

TÉMOINS:

M. A. D. Watson, actuaire en chef, département des Assurances, 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
1943

PROCÈS-VERBAL

Le VENDREDI 19 mars 1943.

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

Présents: MM. Blanchette, Bruce, Mme Casselman (*Edmonton-Est*), Cleaver, Diefenbaker, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Gregory, Hatfield, Lalonde, Leclerc, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay Est*), Macmillan, McCann, McGregor, McIlraith, Maybank, Mayhew, Picard, Shaw, Veniot, Warren, Wood et Wright. — 28.

Le président demande au Comité d'approuver la nomination des députés suivants pour la constitution d'un sous-comité du programme. MM. Macmillan (*président*), Blanchette (*vice-président*), Diefenbaker, Gershaw et MacInnis.

Le Comité donne son approbation.

M. Diefenbaker propose:

Que le ministère de la Justice et le ministère des Pensions et de la Santé nationale produisent toutes les lettres écrites par le gouvernement fédéral aux gouvernements provinciaux pour demander leur coopération en ce qui concerne l'adoption de mesures relatives à l'assurance-maladie. La proposition est adoptée.

M. A. D. Watson, actuaire en chef, département des Assurances, est appelé. Il dépose un mémoire concernant les objets de l'"Avant-projet de la loi d'assurance-maladie", ce mémoire est imprimé comme appendice "A" aux Témoignages d'aujourd'hui. Des exemplaires en sont distribués aux membres du Comité.

Le docteur J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale, est appelé et interrogé. Il dépose un mémoire et un avant-projet de loi concernant l'éducation physique. Des exemplaires en sont distribués aux membres du Comité.

Le témoin se retire.

Le Comité s'ajourne à midi cinquante pour se réunir de nouveau le mardi 23 mars à 11 heures.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES, le 19 mars 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Nous allons entamer progressivement la discussion des problèmes en jeu. Nous discuterons chaque sujet et j'espère que nous terminerons la discussion sur chaque sujet avant de passer au suivant. Nous commencerons par l'assurance-maladie et ensuite nous aborderons l'éducation physique.

Nous avons avec nous ce matin M. A. D. Watson, actuaire en chef du département des Assurances; il désire soumettre un mémoire que vous pourriez étudier en fin de semaine et discuter plus tard. Monsieur Watson, veuillez vous avancer.

M. DIEFENBAKER: Voulez-vous me permettre de présenter maintenant une motion, monsieur le président?

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. DIEFENBAKER: La voici: afin d'étudier toute la situation concernant l'assurance-maladie, et à cause du partage de la juridiction entre les gouvernements fédéral et provinciaux, je crois que nous devrions être maintenant en mesure d'étudier les pouvoirs qu'aura le Parlement fédéral d'adopter une loi d'assurance-maladie. Je propose donc de demander au ministère de la Justice ou au ministère des Pensions et de la Santé nationale de produire des copies de toutes communications, lettres, etc., écrites par le gouvernement fédéral, ou en son nom à chacun des gouvernements provinciaux, en vue d'obtenir la coopération des provinces pour l'adoption de l'assurance-maladie par le Parlement.

Si nous avions ces copies le plus tôt possible, ce serait très utile, et je présente une motion à cet effet.

L'hon. M. MACKENZIE: Il n'y a pas la moindre objection à cette motion. Si ma mémoire m'est fidèle, il n'y a pas eu de correspondance directe ayant trait de façon précise à l'assurance-maladie, mais nous avons conféré avec les ministres provinciaux de l'hygiène. Naturellement, il n'ont pu engager leurs gouvernements. Personnellement, je serais très heureux que l'occasion me fût fournie de produire ce que nous avons. Nous avons eu des entretiens avec le ministre de la Justice à cet égard, et j'exposerais volontiers plus tard nos vues là-dessus au Comité. Pour ma part, j'aimerais que les provinces fassent connaître leurs vues ici ou ailleurs.

M. MAYBANK: Pourriez-vous nous donner, au moyen d'une déclaration, ce que M. Diefenbaker a demandé. Cela pourrait couvrir le point et bien plus rapidement.

M. DIEFENBAKER: Si nous avions les communications, nous pourrions en prendre connaissance.

L'hon. M. MACKENZIE: S'il y en a, elles seront certainement produites; je n'en connais pas.

M. MACINNIS: Je ne m'oppose pas à la motion de M. Diefenbaker et peut-être serait-elle utile, mais à mon sens elle ne nous aiderait pas à étudier la question constitutionnelle. Il me semble qu'il devrait attendre que nous connaissions les modifications proposées après que nous saurons ce que va

demander le Parlement et si la question constitutionnelle surgit vraiment. Je n'ai pas d'objection à l'autre question, mais elle ne répondra pas aux fins du motionnaire.

Le PRÉSIDENT: La motion de M. Diefenbaker est donc approuvée?

La motion est adoptée.

M. A. D. WATSON est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président et messieurs les membres du Comité de la sécurité sociale, je dépose un mémoire explicatif de l'avant-projet de loi sur l'assurance-maladie. Ce mémoire expose sommairement les considérations et arguments qui ont amené la rédaction des dispositions de l'avant-projet de loi; il contient aussi un résumé des principales dispositions de ce projet.

(Le mémoire est publié comme Appendice "A".)

Le président:

D. J'apprends que vous présenterez un exposé quand les délibérations du Comité en seront rendues à un stade plus avancé?—R. Oui; je veux préparer un exposé.

Le PRÉSIDENT: M. Watson a déposé le document qui vous a été remis et qui renferme des notes explicatives sur l'avant-projet de loi concernant l'assurance-maladie. M. Watson comparaîtra de nouveau plus tard pour répondre aux questions que l'on pourra lui poser et aussi pour présenter un exposé supplémentaire.

M. Maybank:

D. Puis-je poser cette question à M. Watson? Je suppose que ce mémoire porte sur le coût du projet que comporte le bill. Est-ce exact?—R. Non, il traite des dispositions du bill.

D. Ainsi, bien que M. Watson soit un actuaire, cet exposé ne traite pas de cet aspect de la question. Eh bien, monsieur le président, puis-je poser cette question: Il ne fait pas de doute que l'on étudiera l'élément des frais à quelque stade et je voulais m'assurer que nous prendrions connaissance des compensations. Par exemple, nous procurons certains secours médicaux; nous accordons une certaine assurance en maladie et des choses de cette nature. Certaines municipalités accomplissent actuellement quelque chose en ce sens. Je voudrais savoir si le montant des frais sous chaque rubrique, si nous pouvons l'obtenir, comporterait des compensations dans différentes parties du Canada. Je ne doute pas que le comité du programme y songe.

L'honorable M. MACKENZIE: On est à faire tous ces calculs.

M. MAYBANK: Il faudrait que des chiffres figurent à la fois dans les deux colonnes du grand livre.

L'hon. M. MACKENZIE: Nous avons les données.

M. MAYBANK: Vous les avez?

L'hon. M. MACKENZIE: Oui.

Le PRÉSIDENT: Le Dr Heagerty fera maintenant un exposé.

Le Dr J. J. HEAGERTY est appelé.

Le TÉMOIN: Le Dr Macmillan a proposé que je vous décline mes nom et qualité. Je suis le Dr J. J. Heagerty, directeur des services de la santé publique au ministère des Pensions et de la Santé nationale.

Le PRÉSIDENT: Voulez-vous procéder à votre façon?

Le TÉMOIN: Je n'ai pas préparé de discours; je ne vous en infligerai pas, vous en entendez assez durant l'année. Je me suis tenu debout parce que je suis de petite taille et que je me trouve plus à l'aise en me tenant debout. Je n'ai pas préparé d'exposé conventionnel. J'ai pensé vous signaler au sujet de l'assurance-maladie certains faits dont j'ai connaissance afin de vous donner une vue d'ensemble de la question.

Nos idées quant à l'assurance-maladie ont changé, comme vous le savez, depuis l'instauration du système allemand en 1883. Cette année-là Bismarck voyant la vague montante du socialisme décida qu'il lui fallait intervenir, soit en la détournant soit en la réprimant. Il décida de s'inféoder au mouvement en contraignant les salariés de s'assurer dans certaines sociétés existantes et les patrons de contribuer. En agissant de la sorte, il trouva le tour de plaire à la fois aux ouvriers et aux socialistes. Plus tard, d'autres pays s'engagèrent dans la même voie, et, en 1911, Lloyd George introduisait l'assurance-maladie en Angleterre. On dit qu'il fit valoir la cause de l'assurance-maladie en s'appuyant sur le principe qu'il donnait à l'ouvrier neuf pence contre les quatre que ce dernier payait.

Or, tout ce qu'il a donné au salarié à cette époque, il n'y avait que les salariés qui tombaient sous les régimes d'assurance-maladie existant alors en Europe, consistait dans la visite du médecin, les médicaments et une prestation en espèces.

L'idée reposait surtout sur une base économique; ce fut un plan politico-économique dès les débuts.

Il a été prouvé que la santé du peuple britannique ne s'est pas améliorée en raison de l'assurance-maladie depuis son instauration, son application en Angleterre en 1912.

La première année, 60 p. 100 des personnes assurées mandèrent le médecin et 60 p. 100 des gens mandent encore le médecin. Il devint manifeste par la suite que les soins médicaux seulement ne constituaient pas la meilleure méthode de résoudre le problème de la santé en tant qu'il s'agissait des citoyens des divers pays européens. Certains de ces pays commencèrent à se préoccuper non seulement de l'ouvrier mais aussi des personnes à sa charge. En 1920, sir Arthur Newsome vint aux Etats-Unis sous les auspices du fonds Millbank et préconisa l'idée que la médecine préventive dans le domaine de la santé publique devrait jouer un rôle de premier plan dans l'assurance-maladie. Il se servit des mots "santé positive", formule que l'on emploie ici et là maintenant pour la première fois. Il avait la vraie conception de la situation, et les pays qui ont adopté l'assurance-maladie depuis cette époque ont cherché à faire marcher la médecine préventive de pair avec les soins médicaux. Il ne sert à rien d'instaurer un système de soins médicaux si la médecine préventive n'en fait pas partie intégrante. Il est inutile de dépenser des sommes d'argent d'année en année pour le traitement de maladies que des mesures d'hygiène publique peuvent contrôler. Un des plans de salubrité publique les plus récents à être adoptés est celui qui a pris naissance au Chili. Ce pays a adopté des projets qui diffèrent nettement des projets appliqués en Europe. Le Chili s'est dit: "Il faut que nous fassions quelque chose pour la santé de nos gens; nous ne devons pas nous contenter de leur procurer des médecins, des garde-malades et des hôpitaux". Le Chili a commencé par faire subir un examen médical à tous ses citoyens. Depuis l'instauration de l'assurance-maladie dans le Chili,—et le plan n'est pas encore complet, on s'occupe encore de sa mise à pied d'œuvre,—250,000 personnes ont subi l'épreuve du sang et ont été radiographiées pour la tuberculose. Et toutes les personnes chez lesquelles on a constaté la présence de la syphilis ou de la tuberculose ont été admises au traitement médical gratuit.

Ce régime vous donne quelque idée de la tendance moderne et nous songeons à quelque chose de cette nature dans la préparation et la conception d'un plan d'assurance-maladie. Bien que nous ne soyons pas allés aussi loin que le

Chili, il faut admettre que ce pays est engagé dans la bonne voie. Pour assurer l'application du régime, les autorités chiliennes ont divisé tout le pays en cliniques de groupements, en cliniques Mayo en miniature, si vous le voulez.

La commission d'organisation de la *British Medical Association* a recommandé dans son premier rapport, un rapport intérimaire, que toute la Grande-Bretagne soit divisée en cliniques de groupements. Elle signale qu'il sera impossible d'établir ces cliniques de groupements dans les zones rurales au même point que dans les centres urbains, mais son rapport appuie sur l'étude de tout le problème de la prévention et du traitement de la maladie en fonction des conceptions modernes et elle insiste pour que l'hygiène publique soit associée à la médecine préventive. Comme vous le savez, sir William Beveridge a proposé récemment que l'entière administration de l'assurance-maladie relève du ministère de la Santé. En faisant cette affirmation il se rallie à l'opinion que la Commission royale d'enquête sur l'assurance-maladie en Angleterre a formulé en 1926. Il va sans dire que ce n'est que l'opinion d'un seul homme. Toutefois, si vous lisez ce qu'il énonce relativement à l'assurance-maladie, vous verrez qu'il a proposé que le Trésor britannique soit cotisé pour à peu près les trois quarts du coût global de l'hygiène publique et des soins médicaux. Il fixe les frais de toute l'entreprise à 170 millions de livres et il propose que la contribution du Trésor britannique soit de 130 millions de livres.

Je ne crois pas qu'il me soit nécessaire de discuter en détail les divers projets d'assurance-maladie qui ont été adoptés de par le monde entier, puisque vous trouverez le résumé de chacun de ces projets au premier volume du rapport qui vous a été soumis et qui est connu sous le nom de rapport Heagerty.

Je tiens à dire aux membres du comité que ce rapport n'est pas le mien; il a été présenté par le Comité consultatif de l'assurance-maladie. Lorsque j'ai choisi les membres de comité, je m'en suis tenu aux fonctionnaires du gouvernement parce que 'ai jugé qu'ils auraient à rendre des services d'un ordre tout à fait spécial. Je les ai choisis pour les renseignements qu'ils pouvaient nous donner, et si vous me permettez d'énumérer les noms des membres du comité, vous verrez, je crois, que chacun d'eux s'est chargé d'étudier un point particulier qui nous a aidé à formuler nos projets.

Tout projet d'assurance-maladie doit être basé sur de solides données statistiques. Il doit tenir compte de tout ce que le pays peut offrir en matière de statistiques. Au second volume, par exemple, vous verrez les données statistiques sur la population. Il est impossible de se lancer dans un projet d'assurance-maladie sans être au courant de tout ce qui concerne notre population. Il faut en connaître la courbe, et savoir ce qu'elle est. Il faut étudier cette courbe au point de vue national et au point de vue provincial. Il faut savoir si le progrès se fait sentir de l'est à l'ouest, ou de l'ouest à l'est; il faut connaître les causes diverses qui agissent sur la population. Nous vous avons donc présenté un chapitre volumineux sur ce point.

Les statistiques démographiques s'imposent également. La connaissance du problème est obligatoire, ce qui n'est possible qu'en étant au courant des maladies dont il sera question.

En outre, il faut se familiariser avec tous les aspects du problème. Nous devons connaître l'état financier du pays ainsi que celui des provinces. Nous avons donc inséré un chapitre qui traite de la question des revenus et qui a été dressé par le Bureau de la statistique. Je n'en dirai pas plus long, parce que quand vous lirez le rapport imprimé, vous verrez qu'il contient une énorme quantité de renseignements. Vous me permettrez d'énumérer les noms des membres du comité.

Nous avons M. A. D. Watson, actuaire en chef du département des Assurances. M. Watson, comme l'implique son titre, nous a rendu de précieux services en sa qualité d'actuaire et par ses connaissances en matière d'assurances qu'il a

acquises dans des projets antérieurs auxquels il a contribué, entre autres, l'assurance-chômage. Son concours nous a été précieux lorsqu'il s'est agi de formuler les diverses parties du projet.

M. A. S. Cudmore est le Statisticien du Dominion, et vous le connaissez tous.

M. J. T. Marshall, chef du Service des statistiques démographiques, au Bureau de la statistique, étudie la mortalité relativement à la population, ainsi que d'autres facteurs.

M. J. C. Brady, chef du Service de la statistique des institutions, au Bureau de la statistique, nous a fourni tous les renseignements sur les hôpitaux; Un chapitre très volumineux traite des hôpitaux; En outre, notre rapport comprend un chapitre préparé par M. Marshall qui donne les statistiques depuis 1926 sur le nombre de jours perdus pour cause de maladie par les employés de chaque ville, village et hameau du Canada. La partie du rapport consacrée à ce seul aspect est très importante parce que ces renseignements nous sont indispensables.

M. S. B. Smith, chef du Service de la statistique commerciale, au Bureau de la statistique, traite cet aspect du problème; naturellement, il faut que nous sachions quel effet ce projet aura sur les affaires.

Mademoiselle M. E. K. Roughsedge, du Service de la statistique de l'emploi, au Bureau de la statistique, s'occupe de cette question du projet, et elle nous a fourni une foule de renseignements précieux, sur les conditions d'emploi au Canada, relativement aux salariés, aux agriculteurs, aux pêcheurs et autres; il nous a semblé en effet, que si ce projet entrait en vigueur, il devrait s'appliquer à tout le pays et à toutes les classes de la population.

M. J. R. Munro, chef du Service de la statistique des finances, au Bureau de la statistique, a préapré une grande partie du rapport.

M. L. C. Marsh, conseiller en recherches auprès du Comité de la restauration, n'a pu malheureuscement nous consacrer que très peu de temps. Il n'a assisté qu'à trois ou quatre séances, mais il nous a beaucoup aidés.

Nous avions aussi M. W. G. Gunn, avocat au ministère des Pensions et de la Santé nationale; ses conseils et ses renseignements au sujet des questions juridiques qui se présentaient dans les divers chapitres du rapport nous ont rendu de grands services.

Pour terminer, M. C. E. Stevens, du Service de l'indemnisation des employés, au ministère des Transports, a étudié cet aspect du problème.

En mai prochain, il y aura trois ans que M. Mackenzie a décidé qu'il fallait s'attaquer au problme de la santé publique au Canada. Il a proposé à son sous-ministre d'inviter tous les organismes bénévoles d'hygiène à assister à la prochaine assemblée du Conseil de salubrité fédéral qui devait avoir lieu en juin et qui réunissait des représentants du corps médical; les membres de cette assemblée devaient discuter en détail la question de la santé publique et des soins médicaux, et ils seraient invités à formuler un projet d'assurance-maladie.

La tâche de soumettre la question de la santé publique et des soins médicaux à cette assemblée me fut confiée. A titre de renseignement, je vous dirai que le Conseil de salubrité fédéral assure la liaison entre le ministère de la Santé fédéral et les ministères provinciaux. Il se compose du médecin en chef de chaque province, et de représentants des organismes féminins dans les campagnes, des organismes féminins dans les villes, des ouvriers, des agriculteurs, et d'un conseiller expert, sous la présidence du sous-ministre des Pensions et de la Santé nationale.

J'avais décidé que pour cette assemblée il valait mieux m'en tenir à une discussion dans le domaine de la santé publique que vous trouverez exposée dans ce projet. Si vous le permettez, je crois qu'il serait bon d'en rappeler les grandes lignes afin que vous puissiez vous représenter tous les aspects de la santé de notre population, ou plutôt les lacunes dans le domaine de la santé publique au Canada; ainsi, vous comprendrez pourquoi nous avons décidé d'attaquer ce problème.

La mortalité maternelle est une des premières questions que nous avons traitées. Elle nous semblait très importante; mais ce n'est qu'à la suite d'une enquête sur la population que nous nous sommes rendu compte de sa véritable importance. Je ne sais si je puis retrouver cette partie de la discussion en ce moment, monsieur le président, mais si non, je puis toujours faire une déclaration à ce sujet. Nous avons constaté, cependant, qu'au point de vue de la population, il n'y a aucun progrès au Canada. Il y a une baisse de la natalité et l'immigration est nulle. Les jeunes gens quittent la campagne en grand nombre; et au lieu du progrès croissant qui s'est fait sentir au cours de plusieurs années, nous envisageons maintenant une situation qui approche la décroissance. L'augmentation qui, de 1911 à 1921, atteignait relativement vingt pour cent, se chiffre maintenant à dix pour cent.

La mortalité maternelle est une facteur très important en ce qui a trait à la population. Et quels sont les chiffres sur cette question au Canada? Nous perdons en moyenne mille mères par année. Ce nombre a diminué quelque peu, depuis deux ou trois ans, à la suite des efforts réunis des services provinciaux d'hygiène. Si la mère meurt, en général l'enfant meurt, parce qu'il n'y a personne pour en prendre soin. Il nous faudrait des incubateurs pour transporter les nouveaux-nés à l'hôpital, mais nous n'en avons pas et nous ne pouvons nous en procurer parce que nous manquons d'argent. Et pourquoi cet état de choses? Depuis dix ans, nous avons perdu en moyenne par année 15,000 enfants de moins d'un an. Les chiffres sont tombés en 1940 à 13,000 ou à peu près, mais ils ont remonté depuis la guerre; c'est ainsi que nous perdons ces milliers de mères, et 15,000 enfants de moins d'un an. Et nous perdons en outre, chaque année, 16,000 personnes par les maladies contagieuses. La mortalité maternelle est bien triste; la mortalité infantile aussi est triste; mais que dire de la mortalité chez les enfants de plus d'un an? Comment se peut-il que des enfants meurent de la rougeole? Peut-on en trouver la raison? La réponse, c'est qu'il faut remonter à la pauvreté des parents, qui ne leur permet pas d'appeler un médecin ou une infirmière; ou qui leur fait remettre l'appel jusqu'à ce qu'il soit trop tard.

Comment se peut-il que des enfants succombent à la coqueluche? Ou qu'ils meurent de la fièvre scarlatine? Nous perdons plus d'enfants par la rougeole que par la scarlatine, car dans les cas de scarlatine l'Etat prend tous les soins à sa charge, y compris l'hospitalisation. Beaucoup d'adultes, d'autre part, un très grand nombre d'adultes, meurent d'influenza, de pneumonie et d'autres maladies.

Mais il y a deux maladies dont nous devons surtout nous préoccuper; ce sont la tuberculose et les maladies mentales. La tuberculose a gagné beaucoup de terrain, en 1941, parce qu'un très grand nombre de jeunes gens qui sont entrés à l'emploi des industries du pays n'avaient pas de logements convenables, ne mangeaient pas assez et étaient plus ou moins maltraités; beaucoup d'entre eux ont été atteints de tuberculose—il se peut qu'ils en eussent déjà les germes auparavant. Pourquoi n'a-t-on rien fait pour eux? On n'a pas pris leurs radiographies, ce qu'il aurait fallu faire. Depuis la guerre, la tuberculose est passée du huitième au septième rang des causes de la mortalité. La guerre est directement responsable d'une certaine augmentation du nombre des décès attribuables à la tuberculose.

Quelle est la situation des diverses provinces sous le rapport de la tuberculose? Peut-on quoi que ce soit contre la tuberculose? Prenons par exemple le Québec et l'Ontario. Ce sont deux provinces très voisines. Elles ont la même atmosphère, des conditions de vie très semblables; et pourtant le taux de mortalité de l'Ontario est de vingt-cinq et celui de Québec de quatre-vingts. Pourquoi cela? L'Ontario fournit des traitements à peu près gratuits, on y radiographie toute la population au prix de 30 sous par radiographie. En Saskatchewan, le taux de mortalité est de vingt-neuf. On y donne gratuitement les soins antituberculeux. Il y a deux provinces, au Canada, qui sont suffisamment organisées pour prévenir et traiter la tuberculose, et ce sont la Saskatchewan et l'Ontario.

Le taux de mortalité du Nouveau-Brunswick est très élevé. Au sujet de la tuberculose, il existe une situation particulière dans certaines régions du Québec et du Nouveau-Brunswick. Dans certaines régions québécoises où la mortalité tuberculeuse est très élevée—et c'est la même chose au Nouveau-Brunswick—nous constatons des cas excessivement fréquents de cécité. Nous n'avions jamais pensé que la cécité pouvait avoir des rapports avec la tuberculose et la pauvreté; mais nous nous apercevons maintenant que là où la tuberculose et la cécité sont le plus répandues, la pauvreté est également plus forte. On remarque que la mauvaise alimentation et les mauvaises conditions de logement sont des facteurs de la transmission de ces maladies. Mais il est évident que l'Ontario et la Saskatchewan ont réussi à réduire le taux de la mortalité tuberculeuse et que les autres provinces pourraient en faire autant; et nous savons que, si l'on nous en donne la possibilité, nous sommes capables d'éliminer tout a fait, en une seule génération la tuberculose; et cela ne nous coûtera que peu d'argent. Nous proposons ici d'accorder une subvention aux provinces pour la prévention de la tuberculose et l'expansion de leurs services publics d'hygiène.

Passons maintenant à la folie, à ce que l'on appelle aujourd'hui les maladies mentales. La situation aujourd'hui, est grave; et j'emploie le mot grave après y avoir pensé sérieusement. Nos maisons de santé canadiennes hospitalisent aujourd'hui environ 47,000 personnes, en chiffres ronds. Nous n'avons pas 47,000 lits; il nous en manque environ 10,000. Or, lorsque l'on place les malades pêle-mêle dans les mêmes institutions, il n'y a pas de moyen de les séparer ou de les isoler selon les caractères particuliers de leurs affections. Il n'y a pas assez de médecins; il n'y a pas assez d'infirmières, pas assez d'infirmières entraînées, et pas assez d'infirmiers. Nous n'avons jamais réfléchi sérieusement au problème des maladies mentales, et le voici qui se pose brutalement à nous. En effet, lorsque des malades sont hospitalisés, il y en a un grand nombre qui restent toute leur vie à la maison de santé et cela cause une augmentation continue du nombre des hospitalisés. Les experts nous disent—et c'est vrai—qu'un grand nombre de cas de maladies mentales peuvent être prévenus. Il y a des cliniques de psychiâtrie; certaines provinces en ont créé, d'autres pas encore; certaines provinces ont fait de beau travail dans ce domaine. Les spécialistes nous disent qu'en prenant dès l'enfance les gens qui ont une tendance, héréditaire ou non, à quelque maladie mentale, ils peuvent faire beaucoup pour les guérir. Nos institutions sont remplies de malades, et il y a, d'autre part, beaucoup de ces malades qui pourraient travailler sous surveillance si on leur évitait tout effort mental ou physique exagéré.

Nous proposons de subventionner le traitement gratuit des fous. Pourquoi traiter gratuitement la tuberculose? Pourquoi traiter gratuitement les maladies mentales? Si vous étudiez les statistiques, vous découvrirez que plus de quatre-vingt-dix pour cent des salariés du Canada gagnent $2,400 ou moins, et que les deux tiers des hommes mariés et pères de famille au Canada gagnent $1,200 et moins par année. Or il faut débourser une bonne somme pour faire hospitaliser soit un tuberculeux, soit un aliéné.

Il y a deux maladies importantes qui nous menacent et qui peuvent être chassées seulement par une amélioration générale de l'hygiène publique, au moyen de la dispension de soins médicaux. Je demandais tantôt comment il se peut que ces enfants meurent. C'est parce qu'ils n'ont pas de médecins, ou parce qu'ils manquent de soins de gardes-malades. Les enfants qui ont des propensions à l'insanité deviendront des déficients mentaux en grandissant parce qu'ils auront manqué des soins et de la surveillance nécessaires. Les enfants sont particulièrement susceptibles de contracter la tuberculose; je ne crois pas exagérer en le disant. Il n'y a aucun doute que si nous en prenons les moyens nous pourrons enrayer cette maladie d'une manière très efficace.

Qu'en est-il des maladies vénériennes, au Canada? Ce problème, vous le savez, a toujours été très important. Quand on a commencé à le discuter, il est possible qu'on ait eu une tendance à exagérer.

En 1920, le gouvernement fédéral vota une somme de $200,000 pour combattre les maladies vénériennes. Toutes les provinces accordèrent des traitements gratuits de ces maladies dans leurs cliniques et adoptèrent des lois sur leur dépistage et leur traitement obligatoire. En 1932, année où l'on cessa d'accorder les subventions, la syphillis était deux fois moins répandue. La gonorrhée avait aussi reculé de beaucoup. Après 1932, la syphillis resta stationnaire, au Canada; naturellement, elle s'est remise à augmenter depuis la guerre, de même que la gonorrhée. Grâce aux méthodes modernes de traitement—et ces méthodes se sont grandement améliorées—et grâce aux mesures d'hygiène publique qui ont été prises, nous sommes capables de retenir et diminuer la propagation de ces maladies autant qu'on l'a fait en Suède, où l'on s'en occupe depuis 130 ans et davantage. Il y a chaque année, en Suède, 7 nouveaux cas de syphilis par 100,000 personnes. Nous ne donnons pas des chiffres du Canada, car les cliniques seules nous en fournissent; les médecins ne font aucun rapport sur les cas qu'ils soignent. Nous calculons, sur la base des chiffres donnés par les cliniques, qu'il y a 70 nouveaux cas par 100,000 personnes, chaque année; mais nous savons que les chiffres véritables sont de beaucoup plus élevés. Nous ne pouvons faire aucune estimation du nombre des cas de gonorrhée. Heureusement que les médicaments comme la sulphanilamide empêchent maintenant les complications auxquelles nous étions habitués.

J'espère que je ne m'étends pas indûment sur cette question, monsieur le président.

Le PRÉSIDENT: Non. Continuez et prenez tout le temps qu'il vous plaira.

Le TÉMOIN: Après avoir étudié cette question avec d'autres dont les grandes lignes sont passées en revue dans ces mémoires, nous arrivons au chapitre particulier du bon état physique. Vous connaissez la situation du pays en ce qui concerne le bon état physique. Je n'ai pas besoin d'y revenir. Les statistiques de l'armée nous ont été soumises; mais nous hésitons—nous qui travaillons dans le domaine de la santé publique—à les accepter, car l'armée ne veut que des individus parfaits. Nous préférons nous en rapporter à la population en général. Il y a à peine quelques années—en 1938, je crois—on a fait une étude sur plus de 3,000 enfants du Manitoba. On a découvert que soixante-dix pour cent de ces enfants étaient atteints de défectuosités physiques. Que cela ne vous trompe pas. La majorité de ces enfants n'étaient pas gravement atteints, mais, tout de même, quelques-uns souffraient de tuberculose, d'autres, de syphillis héréditaire, et d'autres, de conditions sérieuses qui auraient nécessité des soins mais qui n'en recevaient pas. Ainsi, nous prévoyons un certain montant dans le bill de l'assurance-maladie pour la santé physique. Nous le prévoyons en vue de la promulgation éventuelle d'un bill d'éducation physique. Nous croyions, et nous croyons encore, qu'il faudrait considérer le bon état physique comme une entité séparée et distincte—c'est-à-dire, au point de vue du développement mental, moral et physique de la jeunesse—dans le sens des mesures introduites en Europe depuis quelque temps, mesures approuvées en Grande-Bretagne et recommandées par la Société des Nations. Vous trouverez ce projet élaboré dans le rapport dont je vous ai fait part et aussi dans le bill lui-même.

Maintenant, divergeons un peu de cette discussion. Lors de la réunion en question, après avoir présenté tous ces faits, le Conseil de salubrité fédéral adopta une résolution recommandant l'adoption de l'assurance-maladie et l'octroi de subventions pour ces fins particulières de santé publique. M. Mackenzie nous donna instructions de procéder. Il nous donna carte blanche pour continuer nos études sur la santé publique et les soins médicaux, et pour formuler un programme d'assurance-maladie. Ce programme est prêt. Notre premier souci a été d'éviter les erreurs et les malentendus survenus dans les autres pays. Dans les autres pays, les lois d'assurance-maladie ont été adoptées sans consulter les médecins, les dentistes, les infirmières, les hôpitaux, et il en a résulté et en

résulte encore, au sein de quelques-uns des pays nouveaux, un mécontentement à l'égard de la mise en œuvre du projet promulgé par le parlement sans consultation préalable avec ces professions.

Le premier pas, naturellement, a été fait par M. Mackenzie lorsqu'il a créé le comité consultatif de l'assurance-maladie. Il a aussi fait le deuxième pas lorsqu'il a invité la profession médicale à nommer un comité d'assurance-maladie chargé de siéger avec le comité consultatif et de discuter toutes les phases du problème. Autant que je le sache, c'est la première fois qu'une association médicale ait siégé avec un groupe d'individus intéressés à établir un programme d'assurance-maladie. Nous eûmes un grand nombre de réunions et de discussions. J'ai, moi-même, préparé trois programmes d'assurance-maladie et les ai soumis à M. Mackenzie, au ministère de la Justice et, enfin, à la profession médicale. La profession médicale a coopéré. Il s'est passé beaucoup de temps—et je crois que le Dr Routley en conviendra—avant que nous ne voyions les choses d'un même œil, mais enfin nous avons fini par obtenir l'entière coopération de la profession médicale. Il fallut ensuite approcher les dentistes, car nous savions que sans l'art dentaire, le succès de notre programme ne pourrait être aussi complet qu'il le devrait. A ce moment-là, je ne considérais pas seulement les enfants souffrant de dents cariées—et environ 95 p. 100 des enfants sont dans ce cas dans certaines zones urbaines. On a découvert les mêmes conditions dans les écoles publiques de New-York, et, aussi, dans certaines régions du Canada. Mais je songeais au mal causé aux personnes plus âgées par les dents infectées, par les abcès aux dents—angine de poitrine, affections rénales, affections cardiaques, diabètes—toutes causées par des substances nocives, microbes ou toxines. Alors, nous sommes entrés en contact avec la profession dentaire, et leur avons dit: "Que pouvez-vous faire pour aider à la réalisation du programme?" Ils nous répondirent: "Nous sommes heureux de pleinement coopérer avec vous, mais il nous semble que tout ce que nous pouvons faire dans le moment c'est de fournir aux enfants du Canada, peut-être jusqu'à l'âge de seize ans, un examen semi-annuel de leurs dents, ainsi que les soins dentaires nécessaires." Ils ajoutèrent: "Pour tout l'argent au monde, nous ne pourrions pas donner à tous les soins dentaires complets et nécessaires", pour la bonne raison qu'il n'existe pas assez de dentistes; et, naturellement, vous le comprendrez facilement, il serait difficile de dresser un programme qui fournirait à tout le monde tout ce que celui-ci ou celle-là désirerait dans le domaine de l'art dentaire.

Nous avons ensuite fait des démarches auprès des gardes-malades qui nous ont promis leur entière collaboration. Elles nous ont fait part de leurs idées. Désireuses de coopérer, de rendre tous les services dont elles pouvaient disposer, elles auraient voulu quand même retenir leurs éléments individuels, les garder sous leur propre juridiction. Puis, vinrent les gens des hôpitaux et eux aussi nous indiquèrent leur désir de coopération. Tous formèrent des comités.

La question suivante à prendre en considération—et je crois que nous devrions la discuter ouvertement—fut la question de l'apport des grands hôpitaux et des ordres religieux catholiques de tout le pays. Pour eux, l'assurance-maladie constitue un enjeu important, étant donné que tous leurs hôpitaux sont des entreprises privées et qu'ils craignent la socialisation nationale. Ils craignent le communisme. Ils craignent les interventions indues et inutiles dans leurs hôpitaux. La *Catholic Hospital Association of America*, qui compte des représentants américains et canadiens de la profession des gardes-malades, adopta, lors de sa réunion à Antigonish en septembre 1941, une résolution aux fins d'attirer l'attention de la hiérarchie catholique sur le très grave danger qui menaçait les hôpitaux de tout le Canada. Depuis on m'a annoncé la formation d'un groupe d'étude catholique qui s'étend d'une côte à l'autre, et qui est soumis à la juridiction de trois évêques: Mgr McNally à Halifax, Mgr Vachon à Ottawa et Mgr Carroll à Calgary. Il importe de tenir compte de tous ces intérêts.

Lorsque vint le temps de décider si nous devions dresser un grand plan national ou si nous devions aborder le problème suivant les vues provinciales, il nous fallut délibérer sur les droits divers susceptibles d'être lésés par la réalisation d'un plan national d'assurance-maladie. Nous avions pour nous conseiller M. Gunn, notre avocat, qui est au courant de ces questions; il nous a fait remarquer que l'assurance-maladie allait à l'encontre de tous les droits provinciaux. En premier lieu, prenons l'éducation. Présumant que le dominion adoptera l'assurance-maladie et lui donnera une administration nationale, il désirera nécessairement que certains droits en matière d'éducation lui soient transportés. Il revendiquera le droit d'établir les normes éducationnelles requises pour admission à l'étude de la médecine et de réglementer les normes de ces études. Il revendiquera aussi le droit d'enregistrer et de licencier les diplômés des universités. Nous nous efforçons d'intégrer la santé publique avec l'assurance-maladie, et il en résultera la nécessité pour le Dominion d'absorber les éléments provinciaux de santé publique. Puis, se soulève la question des droits immobiliers. Comme je vous l'ai fait remarquer, les institutions catholiques ne veulent pas céder leurs hôpitaux au Dominion ou à aucun autre groupe particulier. Puis, il y a les droits civils qui entrent dans la question, tels que le droit de l'individu de choisir son propre médecin ou son propre hôpital. Tous ces facteurs nous ont amenés à dresser le genre de programme que nous avons à vous présenter.

Vous savez qu'après toutes ces discussions l'Association médicale canadienne a adopté une résolution qui approuvait l'assurance-maladie, non pas sur le plan particulier que nous avions dressé, mais seulement sur son principe. C'était déjà quelque chose d'importance. Avant cela, cependant, il nous vint à l'idée qu'il fallait consulter les profanes aussi bien que les professionnels. Les groupements professionnels pouvaient facilement avoir des préjugés en cette matière. Alors, nous avons convoqué les représentants ouvriers et obtenu leurs vues. Les ouvriers préfèrent le plan national, mais ils sont prêts à accepter le plan provincial, une administration suivant le plan provincial avec l'assistance du Dominion. Vous trouverez à la fin de ce rapport, les projets soumis par chacun des corps représentatifs qui ont comparu devant nous et qui nous ont soumis des mémoires. L'agriculture s'est fait représenter par la Fédération agricole. L'agriculture est fort intéressée au plan national. L'agriculture voudrait mettre la médecine, l'art dentaire et les autres professions dans une position subalterne, alors que nous estimons que toutes les professions doivent être également représentées dans l'administration. Nous estimons que ce serait justice. L'industrie a été approchée, mais n'a pas soumis de mémoire. Nous avons également reçu des mémoires des associations féminines de tout le Canada: *National Council of Women*, Ligue des femmes catholiques, *Federated Women's Institutes of Canada*, Fédération des Femmes canadiennes-françaises. J'en ai ici la liste. C'est ce que M. Mackenzie m'a remis, je crois. Puis nous avons la *Canadian Life Insurance Officers Association*. Elle s'est déclarée prête à nous aider en ce qui concerne l'aspect préventif de l'hygiène publique, mais ne s'intéresse pas à l'aspect curatif, et je n'arrive pas à la persuader que ces deux aspects ne font qu'un. Dans le passé, la difficulté a été celle-ci. Le médecin s'occupe d'un cas, d'une opération. Il ne connaît pas les statistiques. Il ne connaît pas les taux de morbidité et de mortalité dans le pays. L'hôpital s'intéresse à ses propres statistiques, pour les comparer à celles des autres hôpitaux. Seuls, au Canada, les fonctionnaires de l'hygiène publique étudient les statistiques. Or, ils sont toujours entravés dans leur tâche par l'insuffisance des crédits et la pénurie de collaborateurs. Nous prévoyons dans le bill une certaine somme pour aider des jeunes gens à étudier l'hygiène publique. Ce handicap a toujours existé. Aussi proposons-nous d'amener le médecin dans le domaine préventif. Nous voulons qu'il devienne le conseiller de la famille. Nous voulons qu'il s'occupe de la famille lorsqu'elle paraît se bien porter. Je ne sais si nous y réussirons. Nous voulons que le médecin

aille examiner les enfants dans la famille, à l'école, partout où il peut les trouver, pour voir si les amygdales malades sont enlevées, si l'enfant est suffisamment et convenablement nourri, pour faire examiner l'enfant aux rayons-X s'il en a besoin. Il faut commencer par les enfants. Il faut les soigner si nous voulons avoir un peuple vigoureux. Pour cela, il nous faut le concours des médecins, leur collaboration entière, sans restriction.

Telle est la situation, monsieur le président, en ce qui concerne les études poursuivies en matière d'assurance-maladie. Si vous le désirez, je puis vous résumer brièvement le plan que nous avons conçu, bien que M. Mackenzie ait été très complet, à mon avis, à la dernière séance. Je ne sais si vous le désirez.

Le PRÉSIDENT: Oui.

Le TÉMOIN: Comme je l'ai dit en commençant, il y a plusieurs catégories d'assurance-maladie, mais une seule est réellement utile à une nation, celle qui réduit la morbidité et la mortalité, crée de la santé et rend un peuple plus vigoureux. Nous avons essayé de réaliser ce genre d'assurance-maladie dans ce plan fédéral-provincial. Nous ne savons pas si nous avons réussi. Nous estimons que l'hygiène publique et les soins médicaux ne doivent faire qu'un. Nous allons assez loin, peut-être plus loin que les provinces ne voudront nous suivre. Nous estimons que le plan doit être appliqué à tout le peuple canadien, non pas à un petit groupe. J'ai peur de vous fatiguer, monsieur Bruce. Mais le sujet est si important que je ne m'en excuserai pas. Le président, dans un moment de faiblesse, m'a dit que je pouvais parler pendant deux heures pour vous présenter ce sujet, et je crois que j'abuse de vous, monsieur, et du Comité.

Nous estimons que ce plan doit être appliqué à tout le peuple du Canada. Cette condition nous paraît fondamentale, essentielle.

Certaines provinces pensent que l'application devrait se limiter aux gens de faible revenu. Pourquoi l'assurance-maladie est-elle rendue obligatoire dans la plupart des pays? Pour fournir des fonds suffisants. Pourquoi accorder certains privilèges à ceux qui ont de l'argent? Pourquoi ne pas les comprendre dans le plan? L'hygiène publique et les soins préventifs ne leur sont-ils pas aussi nécessaires qu'aux autres? Les parents riches font-ils plus attention à la santé de leur enfant, tant qu'il n'est pas malade, que les parents moins aisés ou pauvres? Non pas. Les parents ont une responsabilité à l'égard de leur famille. En matière d'hygiène, ils peuvent s'en acquitter par l'intermédiaire des dispositions que j'ai indiquées pour les services préventifs et les traitements médicaux. Il faut donc d'abord que l'application soit obligatoire, car les systèmes volontaires ont toujours échoué. Ils ont échoué faute d'argent; ils ont échoué parce qu'ils ont toujours été limités à certains cas particuliers; enfin parce qu'ils n'ont été appliqués qu'à de petits groupes. Ils n'ont exercé aucune influence sur la santé de la nation. Il faut donc un système obligatoire, applicable à tous.

Ensuite, le plan est à base de contribution. Vous savez que, dans notre pays, la mentalité n'est pas arrivée au point voulu. Nous estimons que tous doivent payer. En abordant ce problème, j'ai d'abord cru que nous pourrions le résoudre par l'établissement d'un taux de base, égal pour tous. Tous recevant les mêmes prestations, tous paieraient les mêmes contributions. Mais c'est matériellement impossible. Si l'on embrasse la communauté tout entière, on constate qu'un certain nombre de gens ne peuvent pas payer le taux de base. J'ai ensuite pensé à un pourcentage du salaire. Mais en arrivant aux faibles salaires, on constate que le pourcentage est très peu de chose. Un groupe de la province de Québec est venu me trouver, spontanément. C'est le Hospital Advisory Group, qui a demandé au gouvernement provincial: "Pourquoi ne pas adopter un système dans lequel chacun contribuerait selon ses moyens? Prenons une jeune servante. Vous ne pouvez pas l'appeler une indigente. Elle ne sera peut-être pas en mesure de payer le plein montant, mais pourra verser

Lorsque vint le temps de décider si nous devions dresser un grand plan national ou si nous devions aborder le problème suivant les vues provinciales, il nous fallut délibérer sur les droits divers susceptibles d'être lésés par la réalisation d'un plan national d'assurance-maladie. Nous avions pour nous conseiller M. Gunn, notre avocat, qui est au courant de ces questions; il nous a fait remarquer que l'assurance-maladie allait à l'encontre de tous les droits provinciaux. En premier lieu, prenons l'éducation. Présumant que le dominion adoptera l'assurance-maladie et lui donnera une administration nationale, il désirera nécessairement que certains droits en matière d'éducation lui soient transportés. Il revendiquera le droit d'établir les normes éducationnelles requises pour admission à l'étude de la médecine et de réglementer les normes de ces études. Il revendiquera aussi le droit d'enregistrer et de licencier les diplômés des universités. Nous nous efforçons d'intégrer la santé publique avec l'assurance-maladie, et il en résultera la nécessité pour le Dominion d'absorber les éléments provinciaux de santé publique. Puis, se soulève la question des droits immobiliers. Comme je vous l'ai fait remarquer, les institutions catholiques ne veulent pas céder leurs hôpitaux au Dominion ou à aucun autre groupe particulier. Puis, il y a les droits civils qui entrent dans la question, tels que le droit de l'individu de choisir son propre médecin ou son propre hôpital. Tous ces facteurs nous ont amenés à dresser le genre de programme que nous avons à vous présenter.

Vous savez qu'après toutes ces discussions l'Association médicale canadienne a adopté une résolution qui approuvait l'assurance-maladie, non pas sur le plan particulier que nous avions dressé, mais seulement sur son principe. C'était déjà quelque chose d'importance. Avant cela, cependant, il nous vint à l'idée qu'il fallait consulter les profanes aussi bien que les professionnels. Les groupements professionnels pouvaient facilement avoir des préjugés en cette matière. Alors, nous avons convoqué les représentants ouvriers et obtenu leurs vues. Les ouvriers préfèrent le plan national, mais ils sont prêts à accepter le plan provincial, une administration suivant le plan provincial avec l'assistance du Dominion. Vous trouverez à la fin de ce rapport, les projets soumis par chacun des corps représentatifs qui ont comparu devant nous et qui nous ont soumis des mémoires. L'agriculture s'est fait représenter par la Fédération agricole. L'agriculture est fort intéressée au plan national. L'agriculture voudrait mettre la médecine, l'art dentaire et les autres professions dans une position subalterne, alors que nous estimons que toutes les professions doivent être également représentées dans l'administration. Nous estimons que ce serait justice. L'industrie a été approchée, mais n'a pas soumis de mémoire. Nous avons également reçu des mémoires des associations féminines de tout le Canada: *National Council of Women,* Ligue des femmes catholiques, *Federated Women's Institutes of Canada,* Fédération des Femmes canadiennes-françaises. J'en ai ici la liste. C'est ce que M. Mackenzie m'a remis, je crois. Puis nous avons la *Canadian Life Insurance Officers Association.* Elle s'est déclarée prête à nous aider en ce qui concerne l'aspect préventif de l'hygiène publique, mais ne s'intéresse pas à l'aspect curatif, et je n'arrive pas à la persuader que ces deux aspects ne font qu'un. Dans le passé, la difficulté a été celle-ci. Le médecin s'occupe d'un cas, d'une opération. Il ne connaît pas les statistiques. Il ne connaît pas les taux de morbidité et de mortalité dans le pays. L'hôpital s'intéresse à ses propres statistiques, pour les comparer à celles des autres hôpitaux. Seuls, au Canada, les fonctionnaires de l'hygiène publique étudient les statistiques. Or, ils sont toujours entravés dans leur tâche par l'insuffisance des crédits et la pénurie de collaborateurs. Nous prévoyons dans le bill une certaine somme pour aider des jeunes gens à étudier l'hygiène publique. Ce handicap a toujours existé. Aussi proposons-nous d'amener le médecin dans le domaine préventif. Nous voulons qu'il devienne le conseiller de la famille. Nous voulons qu'il s'occupe de la famille lorsqu'elle paraît se bien porter. Je ne sais si nous y réussirons. Nous voulons que le médecin

aille examiner les enfants dans la famille, à l'école, partout où il peut les trouver, pour voir si les amygdales malades sont enlevées, si l'enfant est suffisamment et convenablement nourri, pour faire examiner l'enfant aux rayons-X s'il en a besoin. Il faut commencer par les enfants. Il faut les soigner si nous voulons avoir un peuple vigoureux. Pour cela, il nous faut le concours des médecins, leur collaboration entière, sans restriction.

Telle est la situation, monsieur le président, en ce qui concerne les études poursuivies en matière d'assurance-maladie. Si vous le désirez, je puis vous résumer brièvement le plan que nous avons conçu, bien que M. Mackenzie ait été très complet, à mon avis, à la dernière séance. Je ne sais si vous le désirez.

Le PRÉSIDENT: Oui.

Le TÉMOIN: Comme je l'ai dit en commençant, il y a plusieurs catégories d'assurance-maladie, mais une seule est réellement utile à une nation, celle qui réduit la morbidité et la mortalité, crée de la santé et rend un peuple plus vigoureux. Nous avons essayé de réaliser ce genre d'assurance-maladie dans ce plan fédéral-provincial. Nous ne savons pas si nous avons réussi. Nous estimons que l'hygiène publique et les soins médicaux ne doivent faire qu'un. Nous allons assez loin, peut-être plus loin que les provinces ne voudront nous suivre. Nous estimons que le plan doit être appliqué à tout le peuple canadien, non pas à un petit groupe. J'ai peur de vous fatiguer, monsieur Bruce. Mais le sujet est si important que je ne m'en excuserai pas. Le président, dans un moment de faiblesse, m'a dit que je pouvais parler pendant deux heures pour vous présenter ce sujet, et je crois que j'abuse de vous, monsieur, et du Comité.

Nous estimons que ce plan doit être appliqué à tout le peuple du Canada. Cette condition nous paraît fondamentale, essentielle.

Certaines provinces pensent que l'application devrait se limiter aux gens de faible revenu. Pourquoi l'assurance-maladie est-elle rendue obligatoire dans la plupart des pays? Pour fournir des fonds suffisants. Pourquoi accorder certains privilèges à ceux qui ont de l'argent? Pourquoi ne pas les comprendre dans le plan? L'hygiène publique et les soins préventifs ne leur sont-ils pas aussi nécessaires qu'aux autres? Les parents riches font-ils plus attention à la santé de leur enfant, tant qu'il n'est pas malade, que les parents moins aisés ou pauvres? Non pas. Les parents ont une responsabilité à l'égard de leur famille. En matière d'hygiène, ils peuvent s'en acquitter par l'intermédiaire des dispositions que j'ai indiquées pour les services préventifs et les traitements médicaux. Il faut donc d'abord que l'application soit obligatoire, car les systèmes volontaires ont toujours échoué. Ils ont échoué faute d'argent; ils ont échoué parce qu'ils ont toujours été limités à certains cas particuliers; enfin parce qu'ils n'ont été appliqués qu'à de petits groupes. Ils n'ont exercé aucune influence sur la santé de la nation. Il faut donc un système obligatoire, applicable à tous.

Ensuite, le plan est à base de contribution. Vous savez que, dans notre pays, la mentalité n'est pas arrivée au point voulu. Nous estimons que tous doivent payer. En abordant ce problème, j'ai d'abord cru que nous pourrions le résoudre par l'établissement d'un taux de base, égal pour tous. Tous recevant les mêmes prestations, tous paieraient les mêmes contributions. Mais c'est matériellement impossible. Si l'on embrasse la communauté tout entière, on constate qu'un certain nombre de gens ne peuvent pas payer le taux de base. J'ai ensuite pensé à un pourcentage du salaire. Mais en arrivant aux faibles salaires, on constate que le pourcentage est très peu de chose. Un groupe de la province de Québec est venu me trouver, spontanément. C'est le Hospital Advisory Group, qui a demandé au gouvernement provincial: "Pourquoi ne pas adopter un système dans lequel chacun contribuerait selon ses moyens? Prenons une jeune servante. Vous ne pouvez pas l'appeler une indigente. Elle ne sera peut-être pas en mesure de payer le plein montant, mais pourra verser

$2, $3, $4 ou $5. Prenez-les, et rendez-la indépendante. Elle fait partie du plan, du système." C'est peut-être cette considération qui a conduit M. Watson à imaginer le système de perception des droits ou primes indiqué par M. Mackenzie.

Nous proposons de prendre tout le monde, riche ou pauvre. Les indigents seront compris, mais non pas au titre d'indigents. Dans le système de contributions, il n'y aura pas d'indigents, pas de mendiants. Telle est notre proposition. Vous le verrez dans le projet de loi.

Quelles sont les prestations? Nous ne pouvons offrir des demi-mesures à un homme ou à un enfant malade. Comme je l'ai dit en commençant, en Angleterre, il y a exactement autant de personnes se présentant aux soins médicaux qu'en 1912, au début de l'application du plan. Il faut donner des prestations complètes. Dans beaucoup de pays, on ne donne que le médecin et les médicaments. C'est insuffisant. L'individu doit avoir un médecin. Il doit avoir son praticien, se placer et placer ses enfants entre les mains de ce praticien, et celui-ci doit pouvoir appeler en consultation un confrère, un spécialiste, un chirurgien, et envoyer le malade à l'hôpital, où il recevra tous les soins nécessaires.

Nous avons prévu tout cela: le praticien, le médecin appelé en consultation, le spécialiste, le chirurgien, l'hôpital et la garde-malade. A l'hôpital, le malade sera reçu dans la salle commune, mais pourra obtenir une chambre privée ou demi-privée, en payant la différence. Nous allons encore plus loin. Le malade dont l'état est sérieux pourrait avoir droit à une chambre privée. Ce cas, naturellement, ne serait pas très fréquent.

Ainsi le plan est obligatoire, à base de contribution, et applicable à tous. Nous espérons un grand effort des provinces. Le régime prévoit toute la gamme des prestations médicales.

Je n'entends pas discuter le mode de contribution de façon détaillée. Je préfère, si je le puis, monsieur le président, m'en rapporter sur ce point à M. Watson qui s'est occupé des détails et les connaît beaucoup mieux que moi.

Puis, se pose la question de l'administration. En étudiant cet aspect de la question, vu que nous désirons faire marcher la santé publique et les soins médicaux de pair, j'ai pensé que l'administration pourrait être mieux dirigée par les ministères de la Santé et que l'une des fonctions du ministère de la Santé consisterait à recueillir des données indiquant les progrès de l'assurance-maladie d'année en année. Je tenais particulièrement à ce que les officiers d'hygiène publique jouent un rôle dans l'administration. Ils connaissent la statistique, la comprennent et savent l'analyser. Ils sont en mesure de dire d'année en année si les dispositions que nous avons prises produisent ou non les résultats espérés. Un plan d'assurance-maladie dirigé sans statistiques n'offre pas l'efficacité voulue qu'il devrait l'être du point de vue contrôle. Je crois que vous en conviendrez.

Comme je l'ai déjà signalé, je ne faisais que suivre les grandes lignes énoncées par la commission royale de 1926 en Grande-Bretagne, la recommandation de sir William Beveridge et aussi l'information que nous a donnée le médecin en chef de la Grande-Bretagne. On croit que tout le régime devrait relever des ministères provinciaux de la santé. Cependant, les dirigeants des divers organismes professionnels et autres avec lesquels j'en ai conféré ne sont pas de cet avis. Ils ont estimé qu'il y avait un grave danger d'ingérence politique si l'administration était confiée au ministère de la santé, mais ils m'ont permis, monsieur le président, de placer l'administration, au point de vue national, sous la juridiction du ministère des Pensions et de la Santé nationale; ils ont apparemment une grande confiance en M. Mackenzie. Ainsi, d'après le plan, l'administration dans le domaine provincial sera confiée à une commission représentative de tous les participants: travailleurs, agriculteurs, organisations féminines, médecins et autres. Toutefois, un seul homme sera rémunéré. Un médecin en aura la direction, et cette décision paraît justifiée. On nous dit qu'un médecin

n'est pas un homme d'affaires. Cela peut être vrai, mais seulement d'une façon relative. Les hommes d'affaires se placent dans certaines catégories. Le banquier ne serait probablement pas un bon boucher et le médecin ne ferait peut-être qu'un médiocre banquier, mais le médecin connaît l'assurance-maladie. Il connaît l'ambiance et a pratiqué la médecine. Il connaît les besoins du peuple dans le domaine de la santé publique. Il connaît les services de gardes-malades et les hôpitaux. Aussi, nous avons proposé qu'un médecin soit appelé à la direction de ce plan et que le sous-ministre de la Santé de chacun des ministères provinciaux de la santé fasse partie de la commission de régie. Nous espérons que la première démarche que fera une province après l'adoption de l'assurance-maladie consistera à faire une étude de la province même. Elle devra examiner toutes les facilités disponibles, étudier ses moyens financiers et faire un relevé des fonds disponibles. Cette tâche accomplie, la commission pourra se réunir, conférer avec les représentants des professions et autres organismes, puis déterminer la nature de prestations, le lieu de leur allocation et la façon dont elles seront attribuées. Il est évidemment impossible d'instaurer un seul régime d'assurance-maladie applicable à l'ensemble du pays. Les conditions variant trop entre les différentes provinces. Ce serait une affaire relativement facile d'instaurer un régime d'assurance-maladie dans l'Ile du Prince-Edouard qui compte une population homogène, et où presque tous les citoyens se livrent au même genre de travail. Mais quand vous vous occupez des provinces de Québec et d'Ontario, vous constatez que les conditions y sont différentes. Vous y trouvez de grandes villes avec de grandes zones industrielles et vous y rencontrez également de vastes régions rurales. Le traitement procuré aux gens des agglomérations urbaines différera forcément de celui assuré à la population des régions rurales. Les villes disposent de toutes les facilités voulues. Il est possible d'y fournir toutes les prestations prévues, et cela immédiatement, sans déranger aucunement les services existants. Mais il faut procéder d'une autre façon à l'égard des régions rurales. La conception d'un plan différent s'impose. Il importe de procurer aux populations rurales les services qui sont immédiatement disponibles jusqu'à ce qu'il soit possible d'assurer un service complet.

On peut leur procurer un service de santé publique. Il incombera à la commission de diviser la province en zones d'assurance-maladie et de santé publique de sorte que les deux n'en constitueront qu'une virtuellement, et là où la chose est possible, le directeur de la santé publique fera fonction d'administrateur dans les districts éloignés.

Il va sans dire qu'il y aura des officiers régionaux et des gardes-malades régionales qui contrôleront le service d'à peu près toutes les prestations, afin d'éviter les abus. Nous avons estimé le coût et nous avons fixé l'estimation à un chiffre assez élevé. Nous nous sommes ingéniés en quelque sorte à fixer l'estimation à un chiffre élevé afin d'éviter des erreurs et des malentendus, particulièrement de la part des provinces, sur le coût éventuel de l'entreprise. Toutefois, nous croyons, et à juste titre, nous semble-t-il, que les frais seront inférieurs à notre estimation. Par exemple, prenez une ville. Nous estimons que dans une ville l'entier montant des prévisions sera déboursé parce que les prestations sont facilement accessibles, mais dans les régions rurales nous devrons assurer un service de gardes-malades ambulantes qui seront peut-être rémunérées sur une base de traitements. Nous ne savons pas précisément ce qui sera fait mais nous avons établi une estimation approximative du coût.

Je devrais peut-être parler davantage de l'administration en ce moment. J'ai traité de l'administration provinciale dans une certaine mesure. Je devrais peut-être parler de l'administration fédérale avant de discuter la question des frais possibles dans les régions rurales et les centres urbains. Nous croyons qu'une division de l'assurance-maladie attachée au ministère des Pensions et de la Santé nationale pourrait diriger l'administration centrale. Il va sans dire qu'il y a un isolement naturel. Les provinces sont isolées. Elles sont distinctes les

unes des autres. Il se peut que chacune dirige un plan différent, et il faudra arrêter un plan quant à l'emploi des sommes que le Parlement votera annuellement. Nous croyons que ce travail peut s'effectuer par l'entremise d'une division de l'assurance-maladie au ministère des Pensions et de la Santé nationale. Un motif, et un motif seulement, nous porte à désirer qu'il en soit ainsi. Nous croyons que le ministère des Pensions et de la Santé nationale devrait donner des directives dans le domaine de la santé publique, et ce régime constituerait un moyen très important de le faire. Vous savez que nous avons négligé de donner des directives dans le passé, non pas par manque de bonne volonté de la part des ministres de la santé ou des hauts fonctionnaires des ministères de la Santé, mais peut-être par suite d'un manque de compréhension, chez nos législateurs, du problème visant le pays entier,—si je puis m'exprimer sans m'attirer des désagréments immédiats. Nous n'avons jamais accompli grand'chose pour le peuple. Nous croyons maintenant que nous pouvons réussir par l'entremise de ce ministère. Toutefois, cela aidera à poser le jalon de la santé publique. Par ailleurs, nous aimerions avoir un conseil national de l'assurance-maladie qui se réunirait une fois ou plus par année ici, à Ottawa. Ce conseil compterait des représentants de tous ceux que nous avons mentionnés, des représentants de chaque province, des médecins, dentistes, gardes-malades, groupements ouvriers, collectivités agricoles, et de tous ceux qui sont intéressés au problème. Ce conseil constituerait un centre d'échange de renseignements. Un ordre du jour sera établi chaque année et chaque province fera rapport du progrès qu'elle a accompli à la fois dans le domaine de la santé publique et dans celui des soins médicaux. Un tel conseil de la santé nous permettrait, croyons-nous d'obvier aux inconvénients de la centralisation.

Comme vous le savez, bien des gens s'imaginent que nous commettons une erreur en confiant la direction de notre travail d'hygiène publique aux provinces et que nous devrions le centraliser. Cependant, nous qui avons travaillé depuis des années dans ce domaine croyons que ce serait une très grave erreur. A notre avis, ce serait une erreur préjudiciable à la population du pays. Nous estimons que nous pouvons consolider tout le plan au moyen d'un conseil fédéral de la santé qui traite de la santé publique, et du conseil fédéral de l'assurance-maladie.

Permettez-moi d'aborder pour un instant la question des chiffres. Nous n'avons pas essayé d'estimer jusqu'au dernier dollar et jusqu'au dernier cent ce que l'assurance-maladie coûtera sous le rapport du traitement. Nous avons fait l'estimation sur la base des frais actuels. Nous n'avons pas tenté d'indiquer ce que les provinces devraient faire en ce qui regarde les arrangements à conclure avec la profession médicale, la profession dentaire ou les autres professions relativement aux honoraires. Le plan peut être arrêté sur une base d'honoraires ou sur une base de capitation ou encore sur une base de rémunération. Il appartiendra aux provinces seules d'en décider.

J'ai certaines statistiques ici que je voudrais vous citer. Elles sont basées sur le résultat d'un relevé de 9,000 familles comprenant quelque 30,000 personnes. Aux Etats-Unis, actuellement, 42 p. 100 des sommes dépensées pour soins médicaux vont au médecin; au Canada, 44 p. 100 environ. L'hospitalisation compte pour 13.3 p. 100 aux Etats-Unis. Nous estimons qu'il nous en coûtera 16.7 p. 100 au Canada. Les services de gardes-malades s'établissent à 8.1 p. 100 aux Etats-Unis, et à 8.1 p. 100 au Canada; les remèdes, drogues, sérums, vaccins, à 12.9 p. 100 aux Etats-Unis et 11.8 p. 100 au Canada; les services de laboratoire, 2.2 p. 100 aux Etats-Unis et 2.8 p. 100 au Canada; la chirurgie dentaire, 18.5 p. 100 aux Etats-Unis et 16.7 p. 100 au Canada. Nous nous proposons de nous occuper seulement des enfants et des indigents.

Ces données indiquent que nos chiffres se côtoient. Maintenant, il y a un point que j'aimerais à préciser. On croira peut-être, en certains milieux, que les frais des services médicaux, dentaires et autres seront réduits en raison

de l'instauration d'un plan d'assurance-maladie. Si nous sommes obligés de réduire le niveau d'existence du médecin et de la garde-malade qui gagnent leur vie péniblement dans les conditions actuelles, ainsi que celui des dentistes et des pharmaciens, et aussi la norme d'excellence des hôpitaux pour procurer l'assurance-maladie, nous ferions mieux de n'y pas songer du tout. Toutes ces personnes qui pourvoient à des services doivent toucher une rémunération suffisante et leur niveau d'existence ne doit pas être inférieunr à ce qu'il est présentement. Cela constitue une condition *sine que non* d'un régime d'assurance-maladie appelé à réussir.

J'ai pris beaucoup de votre temps, monsieur le président et vous avez été extrêmement bienveillant. Il me semble avoir abordé tous les points dont je voulais traiter. Il faudra examiner la loi sous tous ses aspects. Cependant, je pourrais—je ne sais si vous désirez que je traite présentement de la question du bon état physique...

Le PRÉSIDENT: Je crois que vous feriez mieux d'en parler, de façon générale.

Le TÉMOIN: J'en ai déjà parlé. Je pensais avoir ici une copie du projet de loi concernant l'éducation physique. Ce document doit se trouver dans ma serviette. Je proposerais, messieurs, que dans les études que vous entreprendrez, vous ayiez recours, à ce que vous avez probablement déjà fait, à l'étude sur l'hygiène publique préparée par le professeur A. E. Gower pour le compte de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces. Je sais que plusieurs d'entre vous êtes au courant de cette étude et je crois que tout le monde devrait la connaître parce qu'elle vous donne une excellente idée des lacunes dans le domaine de la santé au Canada et des mesures qu'il convient d'adopter pour les combler; elle donne également un aperçu de ce que les provinces ont accompli à ce sujet.

M. Cleaver:

D. Voudriez-vous nous donner le numéro de l'appendice?—R. Elle ne figure pas à l'appendice. C'est une étude que le professeur A. E. Gower a préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces. M. Gower s'adressa à notre ministère quand il commença la préparation de ce rapport. Il se rendit auprès des ministères provinciaux, et nous lui avons donné toute l'aide possible. C'est un rapport très complet.

L'hon. Dr Bruce:

D. Cette étude figure-t-elle au rapport Sirois proprement dit?—R. Elle constitue un volume distinct du rapport Sirois. Cette étude vaut bien la peine qu'on la lise. Je me demande si on voudrait bien me permettre de lire ces deux pages-ci?

Le PRÉSIDENT: Oui.

Le TÉMOIN: Il s'agit d'un historique très bref du mouvement européen en faveur de l'éducation physique. J'ai signalé aux ministres de la Santé, lors de leur réunion ici en octobre dernier, une vue cinématographique que la Russie a présentée au Canada. Vous avez sans doute, plusieurs d'entre vous, vu ce film. C'était vraiment beau. Des athlètes, hommes et femmes, choisis parmi les meilleurs de l'Union soviétique, traversaient la place Rouge. Il y en avait, vous vous rappelez, qui jouaient au football; des mères passaient avec leurs enfants sur les épaules; d'autres patinaient magnifiquement; il y avait des boxeurs, des joueurs de barre à boules, des danseurs. Je n'ai jamais vu de plus beau spectacle; nous nous demandions tous, naturellement, pourquoi il n'existait rien de tel au Canada, pourquoi nous n'avons rien fait pour organiser

l'éducation de la jeunesse au point de vue physique, ainsi qu'aux points de vue mental et moral. J'ai constaté alors que M. Mackenzie pensait de même et qu'il accordait le grand intérêt aux systèmes mis en vigueur en Europe.

Voici maintenant un mémoire que j'ai dressé:

HISTORIQUE DU MOUVEMENT D'ÉDUCATION PHYSIQUE

Depuis des années, des pays d'Europe où l'on sentait le besoin d'une éducation physique de la jeunesse ont institué des pratiques ayant pour objet de développement physique, mental et moral de la jeunesse. Ces pratiques visent l'éducation physique des jeunes dans les écoles, les collèges et les universités au moyen de la culture physique, de la multiplication des terrains de jeux et de la facilitation par l'Etat de l'activité sportive générale. En plus de donner aux jeunes une éducation purement physique, on leur donne l'occasion de s'habituer à l'art théâtral, d'apprendre la musique, le dessin, et de s'adonner encore à toutes sortes d'autres occupations culturelles; tout cela, ils le font d'une manière coordonnée. A l'examen médical et à l'éducation physique dans les écoles, on a ajouté l'alimentation, soit par la distribution de repas gratuits, soit autrement.

La Grande-Bretagne s'est intéressée très tôt à l'éducation physique et a délégué une mission à divers pays d'Europe pour étudier leurs systèmes respectifs. La mission comprenait des représentants du Conseil de l'Education d'Angleterre et d'Ecosse, ainsi que des organisateurs et des directeurs de l'éducation physique. Il n'est pas question du ministère de l'Hygiène dans le mémoire présenté. La mission commença ses études en novembre 1936 et fit un rapport qui amena le Gouvernement britannique à compléter les services existants d'hygiène et d'éducation du pays par la présentation d'une mesure destinée à améliorer l'état physique de la population.

En janvier 1937, le président du Conseil de l'Education et le Secrétaire d'Etat pour l'Ecosse au Parlement présentèrent, par ordre de Sa Majesté, un mémoire où étaient expliquées les propositions du Gouvernement au sujet du perfectionnement et de la généralisation des services déjà existants, sous le titre d'"Education physique et récréations". Ces propositions comprenaient l'établissement de conseils consultatifs nationaux pour l'Angleterre (c'est ce que nous sommes à faire au Canada), pour l'Ecosse et pour le pays de Galles, dont l'un serait composé d'hommes et de femmes choisis à cause de leur expérience dans l'éducation physique et les sports. Le mémoire proposait également de nommer des comités de subventions pour l'Angleterre, l'Ecosse et le pays de Galles, afin de recevoir et juger les demandes de subventions et, sous réserve de l'approbation du ministre compétent, d'accorder des subventions. Le mémoire proposait encore la création de comité régionaux et locaux. Il proposait aussi l'institution d'un collège national d'éducation physique. L'intention du mémoire était d'abord de faire comprendre à l'opinion publique la valeur du bon état physique en lui-même, et ensuite de créer une organisation capable d'attirer suffisamment les gens.

En même temps, à la 25ème session de la Société des Nations, le comité d'hygiène constata, en adoptant son plan triennal, qu'il n'était possible de travailler avec succès à l'éducation physique qu'en nommant une commission de physiologistes afin de formuler les données scientifiques qui doivent être à la base d'une éducation physique rationnelle adaptée à tous les âges; mais, avant de nommer les membres de la commission proposée, le comité de l'hygiène considérait comme absolument indispensable de réunir un groupe de spécialistes afin de les consulter sur le choix des matières d'étude et sur le plan à suivre dans les recherches. Ces spécialistes se réunirent en mai 1937, et leur rapport fut communiqué à un certain nombre d'institutions techniques et de spécialistes,

pour en recevoir des commentaires. Le comité de l'hygiène étudia le rapport des spécialistes réunis en mai 1937, et recommanda la constitution de comités nationaux de l'éducation physique, comme il avait été fait dans le cas du logement et de l'alimentation, ainsi que la création d'un comité international comprenant des représentants des comités nationaux. C'est ce que l'on avait fait pour l'alimentation, et vous connaissez le succès obtenu dans le monde entier. Par la suite, le conseiller canadien suppléant à Genève communiqua avec le Secrétaire d'Etat aux Affaires extérieures du Canada pour lui faire rapport sur l'activité exercée par la section de l'hygiène de la Société des Nations dans le domaine de l'éducation physique; il attira son attention sur le rapport du Comité mixte, qui faisait voir l'inquiétante situation de l'état physique de grandes parties de la population, dans presque tous les pays. (Cette situation n'était donc pas particulière au Canada. Nous pouvons comparer la nôtre, je crois, à celle des autres groupes ethnologiques semblables, dans d'autres pays.) Plus tard, le directeur de la section de l'hygiène de la Société des Nations communiqua à M. Charles Power, ministre des Pensions et de la Santé nationale, le désir du comité de l'hygiène de la Société des Nations de voir s'établir dans le plus grand nombre possible de pays des comités nationaux d'éducation physique; il demanda qu'on lui fît savoir si le Canada envisageait l'établissement d'un comité national et conseilla de nommer sans retard, en ce cas, un représentant à la Commission internationale d'éducation physique, vu que celle-ci devait se réunir cette année-là, c'est-à-dire en 1938. La guerre mit fin, malheureusement, à nos projets, pour le moment. Je pense que cela est juste, monsieur Mackenzie.

Objet:

L'objet du bill sur l'éducation physique nationale est de généraliser et de maintenir le bon état physique de la population du Canada par l'addition de l'éducation physique aux matières enseignées dans les écoles, les universités et les autres institutions, ainsi que dans les établissements industriels; c'est encore de former des professeurs, des conférenciers et des instructeurs; c'est enfin d'organiser la pratique des sports et l'athlétisme sur une échelle nationale. L'un des buts à atteindre est de développer à tous les âges le goût du bien-être qui va de pair avec le bon état physique; un autre but, c'est de fortifier le moral au moyen d'un programme portant sur tout le pays; c'est aussi d'obtenir l'appui des agences existantes d'éducation physique, ainsi que celui des volontaires individuels. Le bon état physique et la santé ont des rapports étroits entre eux et avec tous les facteurs de la bonne santé. Le programme comprend les jeux, l'athlétisme, et les sports, la gymnastique rythmique, la natation, les jeux aquatiques et le secourisme, la vie en plein air au moyen du camping et des excursions à pied, l'activité quotidienne et les arts d'adresse.

Ces buts ont l'approbation de tous ceux qui s'intéressent à l'éducation physique et surtout des spécialistes en éducation physique attachés aux écoles et aux universités et qui demandent instamment au gouvernement fédéral d'établir un plan d'éducation physique et de fournir les fonds nécessaires pour que les provinces puissent créer un système d'éducation physique semblable à ceux qui existent déjà depuis de nombreuses années en Europe.

Système:

On établira un Conseil national de l'éducation physique, formé d'un directeur et de neuf autres personnes, dont chacune représentera l'une des provinces du Canada.

Le seul membre du conseil qui touchera un salaire sera le directeur; les autres membres seront défrayés de leurs frais de voyage et de séjour à Ottawa. Pour faciliter le fonctionnement de ce conseil, on établira une caisse appelée Caisse de l'éducation physique.

Le conseil aura pour fonction d'aider à la généralisation de l'éducation physique; d'encourager et coordonner toutes les initiatives se rapportant à l'éducation physique; d'élaborer des plans de formation de professeurs, de conférenciers et d'instructeurs; de coordonner les travaux des provinces en vue d'organiser les initiatives d'encouragement aux sports, et de collaborer à la correction des défauts physiques atténuables au moyen d'exercices physiques.

Le système que nous proposons demande au Gouvernement fédéral la somme de $225,000 à fournir aux provinces, plus un montant suffisant pour le fonctionnement du conseil national.

Un exemplaire du bill sur l'éducation physique nationale est annexé au présent mémoire.

J. J. HEAGERTY, *directeur*
des Services de la Santé publique.

P.S.—L'un des premiers plans d'éducation physique nationale à exister fut celui des Soviets, connu sous le titre de "Prêts au travail et à la défense". On connaît peut-être davantage les Jeunesses hitlériennes et le "Kraft durch Freude", section du "Deutsches rbeitsfront". En Roumanie, le mouvement de jeunesse "Straja Tarii" avait pour devise: Le travail et la joie pour la patrie et le roi. La Tchécoslovaquie institua un système d'éducation physique volontaire par les Sokol et les Orel, joints à l'entraînement militaire obligatoire des jeunes gens valides dans le "Branna Vychova". La jeunesse fasciste était encouragée à vivre dangereusement dans les corps de "Balilla" et d'"Avanguardisti". Aux Etats-Unis, l'Association américaine de la santé, de l'éducation physique et de la récréation concentra son attention sur les dispositions du bill Schwert (L'éducation physique pour la défense nationale).

Je n'en dirai pas plus sur le bill, car il va me falloir le lire en entier; mais il a été conçu dans l'esprit du dernier alinéa, indiqué dans le mémoire.

Et maintenant, monsieur le président, je pense que cela fait voir suffisamment quel travail a été fait par le comité et quels plans ont été élaborés.

Il y a une suggestion que je ferais, si elle vous plaît: lorsque l'on a besoin de renseignements particuliers et définis, que les membres du comité consultatif qui connaissent bien les questions posées au sujet de ce point particulier soient appelés à témoigner, car ils peuvent trouver immédiatement la réponse demandée. Si j'essayais moi-même de le faire, je ne réussirais certes pas aussi bien qu'eux. Ma tâche à moi a été de préparer les plans et de réunir les diverses personnes qui ont collaboré au travail, et rien de plus. Nous avons fait du travail d'équipe. Ce rapport n'est pas mon rapport, mais celui du Comité consultatif de l'assurance-maladie.

Je vous remercie, monsieur le président.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Heagerty.

A-t-on d'autres questions à poser à M. Heagerty?

M. Shaw:

D. Au cours de ses remarques, le témoin a parlé du fait que la tuberculose semble s'être répandue davantage depuis le début de la guerre. M. Heagerty attribuerait-il ce fait au manque d'augmentation du nombre des cas, ou à une augmentation du nombre de cas repérés par suite de l'examen militaire des hommes qui s'enrôlent?—R. Je pense que nous pouvons répondre en disant: on peut l'attribuer à ces deux causes; aux deux, selon toute probabilité.

M. FULFORD: C'est une réponse prudente.

Le TÉMOIN: J'aurais aussi aimé être avocat.

M. MAYBANK: Vous en êtes un assez bon.

Le TÉMOIN: Je ne voyagerai plus sans vous. L'augmentation des cas de tuberculose peut être imputée aux deux causes ci-haut. Vous savez que nous recommandons que les fonctionnaires d'Ottawa soient radiographiés. J'ai vu hier des statistiques du service de la tuberculose de la province d'Ontario qui me font croire que la situation à Ottawa est plus mauvaise que dans toute autre partie de l'Ontario. Nous savons que la tuberculose exerce actuellement ses ravages chez les jeunes; ils y sont très sujets. Lorsqu'ils sont réunis, la maladie se propage très rapidement. Lorsque j'ai vu la Commission du service civil afin de lui exposer mes arguments en faveur de faire radiographier tous les fonctionnaires à Ottawa, j'avais apporté un mémoire de l'un des médecins de notre ministère indiquant qu'un jeune homme avait contracté la tuberculose dans une pension où il était allé se loger. Après enquête, l'on découvrit que tous les autres membres de la famille où il logeait étaient tuberculeux. Ainsi donc, cette maladie se propage avec une grande rapidité; j'opine donc que les fonctionnaires devraient être radiographiés.

M. Picard:

D. Dans certaines des autres provinces les radiographies sont-elles obligatoires pour tous, comme dans certains états des Etats-Unis?—R. Non.

D. Les manutentionneurs d'aliments sont-ils tenus de subir un examen?—R. Non, pas en ce qui concerne la tuberculose; il y a un examen pour découvrir s'ils portent des germes de typhoïde; c'est tout.

D. Au cours de votre témoignage vous avez parlé d'un coût de 30 cents par radiographie, parliez-vous des radiographies particulières ou de la nouvelle méthode des radiographies par groupe? Vous savez ce que j'entends par cela; trois ou quatre personnes se font radiographier ensemble. En disant qu'une radiographie ne coûtait que 30 cents, faisiez-vous allusion à celles prises en groupe?—R. Le ministère de la Santé fait des radiographies par groupe. La radiographie est enregistrée sur une pellicule, d'environ quatre pouces de longueur et quatre pouces de largeur, qui donne une assez bonne image. Bien entendu, pour radiographier un fort groupe de personnes il faut un centre organisé à cette fin. Mais une radiographie coûte 30 cents en Ontario et c'est là le taux général.

D. Voulez-vous dire que ce taux s'appliquerait à toute la population de cette province?—R. Oui.

D. Non pas pour des radiographies isolées, mais par groupe?—R. La radiographie peut se faire par groupe, et il est possible qu'elle soit pratiquée de la sorte en certains endroits du Canada. Les diverses industries de l'Ontario ont manifesté assez d'intérêt pour en venir à faire radiographier tous leurs employés. Cet usage se répand rapidement parce qu'il est naturellement à l'avantage de l'industrie aussi bien que des particuliers.

D. J'ai voulu établir en parlant des radiographies par groupe s'il y avait une méthode par laquelle il était possible de radiographier trois ou quatre personnes placées à côté les unes des autres?—R. Ah! non monsieur.

D. J'ai lu dernièrement un article traitant de l'inauguration d'une telle méthode et de son emploi; elle consiste à radiographier toute la population en groupes de quatre ou de cinq personnes à la fois. Je comprends d'après votre témoignage que vous employez des plaques individuelles, une pour chaque personne. Vous avez sans doute entendu parler de ce procédé par lequel on peut radiographier un certain nombre de personnes ensemble. Serait-il praticable ou réduirait-il le coût des radiographies?—R. Je savais qu'il avait été appliqué en Chili pour le cœur. Il a été inventé par un médecin chilien, mais j'ignorais qu'il s'appliquait aussi aux poumons. Je suis heureux de l'apprendre.

D. Il est censé avoir été employé à Cuba.

M. Fulford:

D. Les chiffres que vous avez cités ont été obtenus des cliniques du Dr Briggs?—R. Oui; récemment.

M. Hatfield:

D. Vous avez parlé d'un taux de 30 cents en Ontario. Qui le demande? Sont-ce les hôpitaux?—R. Non. Ces examens radiographiques se font par le ministère provincial d'hygiène, par l'entremise de son service de la répression de la tuberculose. Naturellement, ce taux ne comporte aucun profit. Tout au contraire, il entraîne une perte à la province. Je crois que c'est le taux minimum.

M. CLEAVER: Monsieur le président, je veux savoir si vous voulez que nous posions maintenant des questions détaillées ou si le Dr Heagerty pourra témoigner de nouveau?

Le PRÉSIDENT: Il pourra témoigner de nouveau.

M. Cleaver:

D. Il est une question sur laquelle je dois avouer mon ignorance, docteur Heagerty, en ce qui concerne la mortalité par la tuberculose, vous avez mentionné un taux de vingt-cinq dans l'Ontario et de quatre-vingts dans le Québec?—R. Oui. Nous avons tellement l'habitude de ces statistiques que je les ai citées ainsi.

D. Veuillez nous dire leur signification.—R. Nous entendons vingt-cinq décès par 100,000 habitants.

D. C'est là un taux de mortalité annuelle?—R. Oui. En parlant du taux de mortalité de la population en général, ou du taux général de la mortalité fixé à neuf, c'est neuf par 1,000 habitants. Mais dans le cas de maladies comme les oreillons, la varicelle ou la tuberculose, le taux est basé sur 100,000 habitants. Autrement la décimale serait très faible.

D. Avez-vous préparé un mémoire indiquant quelle amélioration résulterait de traitements médicaux appropriés aux divers groupes que vous avez cités? Prenez d'abord la situation relative au taux de mortalité maternelle. Vous avez dit que 1,000 mères décèdent chaque année?—R. Oui.

D. Avec des mesures de prophylaxie appropriées combien mourraient?—R. J'ignore s'il serait possible de vous citer des chiffres avec quelque degré d'exactitude. Mais je puis vous en donner pour une longue période d'années. Par exemple, je puis vous dire sur-le-champ que dans le Québec le taux de la mortalité chez les enfants de moins d'un an en 1926, lors de l'établissement des unités sanitaires, était de 146. Il est à l'heure actuelle de 72.

Mme Casselman:

D. Vous entendez 146 par 100,000?—R. Non, par 1,000. C'est le taux de la mortalité chez les enfants. Ce taux s'applique à 1,000 naissances vivantes. Ce dernier s'est déjà établi dans le Québec à plus de 200 par 1,000 naissances vivantes. En 1926 il était de 146 par 1,000 naissances vivantes. A la suite de l'établissement des unités sanitaires, il s'est abaissé d'année en année pour s'établir maintenant à 75 par 1,000 naissances vivantes. Un mot encore. Nous comptons au ministère des experts dans ces domaines de l'hygiène industrielle, de l'hygiène infantile et maternelle. Afin d'obtenir un tableau très clair et très concis dans chaque domaine—et il est important que vous l'obteniez—vous devriez les faire venir plutôt que de vous fier à moi—parce que comme je l'ai laissé entendre au début, je ne puis que vous donner un tableau général de toute la situation. Je puis vous dire, par exemple, que depuis l'établissement des unités sanitaires dans le Québec en 1926, le taux de la mortalité par la tuberculose s'est abaissé de 40 p. 100, aussi que le nombre des décès attribuables aux maladies contagieuses a décru de 60 p. 100. Mais ce ne sont là que des chiffres ronds. Cependant nous savons sans conteste qu'ils résultent de l'établissement de ces unités dans cette province.

M. Lalonde:

D. Le comité des évêques catholiques a-t-il transmis un rapport définitif concernant leurs institutions?—R. Je crois que cette étude fut entreprise pour leur propre gouverne, uniquement pour les renseigner sur les progrès réalisés. Je propose que vous assigniez comme témoin le père Emile Bouvier, de Montréal. Il dirige et préside l'étude entreprise. Je vous propose aussi d'assigner Sœur Allard de Montréal—elle est, je crois, à l'Hôtel-Dieu de Montréal; aussi Sœur Allaire, de la Maison-Mère. Je vous propose de les assigner ainsi que d'autres au courant de cet aspect du problème. Il devrait être examiné à fond. Il y a aussi d'autres communautés religieuses qui dirigent des hôpitaux. D'après ce que nous en savons, ce problème peut les intéresser vivement. Vous n'ignorez pas que l'église anglicane dirige bon nombre d'hôpitaux, surtout dans le Nord.

D. Vous croyez que ce comité ne fera pas rapport à notre Comité?—R. Je ne pense pas qu'il le fasse.

Le PRÉSIDENT: Nous pouvons assigner des témoins. Quelqu'un a-t-il des questions à poser?

M. SHAW: Je ne veux pas retenir le Comité trop longtemps, mais j'ai été particulièrement frappé par l'énonciation du témoin relativement aux statistiques de l'accroissement des maladies ou de leur fréquence dans les collectivités, si on considère celles-ci au point de vue économique, dans les conditions actuelles. Cela m'amène à la conclusion que la réussite d'un plan d'assurance-maladie serait directement proportionnée à la stabilité ou à l'instabilité de l'économie du pays dans un certain temps. Voici ma pensée: en 1929 je crois que le revenu national du Canada s'élevait à environ $4,700,000,000. En 1933, il avait fléchi à $2,600,000,000. A des époques comme celle-là, si nous percevions suffisamment pour lancer un tel plan, nous abaisserions nettement le niveau d'existence de la population, et au point de vue économique nous entrerions en conflit avec nos recherches au point de vue médical. Cela m'amène à la question de l'assurance contributoire opposée à l'assurance non contributoire. Je n'ai aucun parti pris là-dessus. Je n'ai aucune opinion arrêtée. Je n'en suis pas encore venu à une décision. Le témoin a parlé de la tendance à considérer tout le monde indigent. Je ne puis admettre que parce qu'un homme ne donne pas une contribution directe réservée à cette fin, il est indigent; par exemple, nos contributions pour le financement de la guerre par les impôts. Je n'aimerais pas croire que je suis assimilé à un indigent en ce qui regarde ma contribution au financement de la guerre, même si ma contribution la plus forte revêt la forme d'impôts payés à l'Etat. De même, en percevant des contributions par les déductions des feuilles de paie pour constituer une caisse pour financer la guerre, je crois—qu'on me reprenne si je fais erreur—que le Gouvernement place tous ces fonds en valeurs ou autrement. Autrement dit, il n'y a pas simplement accumulation de fortes sommes d'argent qui peuvent servir au paiement de réclamations. Celles-ci sont acquittées à même les revenus courants. Par ailleurs, j'imagine qu'il faudra plusieurs milliers d'employés pour administrer ce plan. Je me suis donc demandé s'il ne serait pas praticable—cela m'a été inspiré dernièrement par un article; cette idée n'est pas de moi—que le Parlement adopte une loi autorisant le Gouvernement à retenir à même les revenus courants des sommes qui seraient destinées à défrayer les frais du plan en question. Je me suis demandé si cela ne serait pas préférable à l'établissement de tout le mécanisme compliqué afin d'effectuer les déductions des traitements, etc., en vue de financer ce plan. Je répète être sans parti pris, et je ne m'attends pas à ce qu'on me réponde immédiatement. Nous discuterons certainement la question plus tard.

M. MAYBANK: La bonne réponse ne serait-elle pas: "Oui, en moyenne"?

Le TÉMOIN: Je n'ai pas d'autre observation à faire que celle-ci: nous avons examiné bon nombre de ces questions qui surgiront sans doute. Nous

avons fait venir un jeune homme brillant de l'Université Western, qui a passé l'été dernier à l'étude de ce plan. C'est un économiste. Il a établi un plan national d'assurance-maladie, et il a proposé qu'il fut défrayé d'après la base que les riches devraient payer pour les pauvres. Il n'a pas établi un plan complet. Il l'a simplement ébauché. Nous l'avons soumis à la division de l'Impôt sur le revenu, ou plutôt nous avons discuté toute la question du recouvrement par cette division. Elle nous a fait remarquer que tout le monde ne paie pas d'impôt sur le revenu; par exemple, seuls les gens mariés dont le revenu dépasse $1,200. Par conséquent, tous ceux à plus faible revenu sont exclus du plan; ils tombent dans la catégorie des indigents.

M. SHAW: Je ne pensais pas nécessairement à l'emploi d'un certain impôt.

Le TÉMOIN: Ce fut là une de nos études préliminaires du plan. Une autre prévoyait l'imposition des célibataires seulement lorsque leurs revenus dépassent $650. On nous a laissé entendre que ce plan était plutôt impraticable. Cependant, je voudrais que vous soumettiez cette question à M. Watson lorsqu'il me remplacera; il est actuaire et il la connaît mieux que moi.

M. McCann:

D. Docteur Heagerty, en ce qui a trait à l'administration, j'ai compris que vous aviez précisé qu'elle serait nationale et qu'il y en aurait une forme pour chaque province. Je veux savoir pourquoi il faut préciser le genre d'administration que les provinces devraient avoir alors qu'à leur point de vue un organisme autre qu'une commission pourrait mieux convenir aux besoins d'une certaine région?—R. Je crois que lorsque vous aborderez l'étude de la loi, vous y constaterez qu'il est loisible au lieutenant-gouverneur en conseil d'une province, sur la recommandation du ministre de la Santé, d'apporter certaines modifications à la loi. Il ne sera peut-être pas possible de la modifier quant aux prestations à moins qu'il ne soit évidemment impossible pour la province de les accorder toutes, mais les provinces auront quelque latitude en la matière. Il nous a fallu indiquer au moins un plan ou genre de plan dans le projet de loi.

Le PRÉSIDENT: Quelqu'un a-t-il d'autres questions à poser? Le Dr Heagerty sera à notre disposition chaque jour de réunion du Comité pour répondre aux questions qui peuvent surgir. Le Comité se réunira mardi à 11 heures si cela agrée à ses membres et il entendra M. Watson et les autres témoins.

Le Comité s'ajourne à midi pour se réunir le mardi 23 mars 1943, à 11 heures du matin.

APPENDICE "A"

MÉMOIRE EXPLICATIF DE L'AVANT-PROJET DE LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE

1. Les objets du bill sont les suivants:

(1) Mettre à la portée du peuple canadien les bienfaits d'un vaste projet d'assurance-maladie, en vue de prévenir et guérir les maladies et de conserver la santé;

(2) Aider les provinces à intensifier leurs initiatives dans les domaines de l'hygiène et de la santé publiques;

(3) Attaquer de front et avec succès, espérons-le, certains problèmes d'hygiène qui continuent à menacer le bien-être du peuple canadien; et

(4) Favoriser et faciliter d'autres initiatives en matière d'assurance sociale lorsqu'elles seront possibles et opportunes.

2. Afin d'atteindre ces objectifs, le bill autorise, d'une façon générale, le Dominion à conclure des accords avec les provinces en vue de certaines fins déterminées, pour lesquelles les provinces bénificieront de subventions du pouvoir central. Ces fins sont les suivantes: (*a*) Assurance-maladie; (*b*) traitement de la tuberculose; (*c*) traitement dans les hôpitaux pour maladies mentales; (*d*) hygiène publique; (*e*) traitement des maladies vénériennes; (*f*) formation professionnelle relative à l'hygiène publique; (*g*) investigations en matière d'hygiène publique; et (*h*) aptitudes physiques de la jeunesse (article 3 et Première Annexe).

3. Sans l'assurance-maladie, la prévention des maladies et les autres initiatives concernant l'hygiène publique ne peuvent être d'une bien grande efficacité, car elles requièrent les services de médecins et de gardes-malades; et seule l'assurance-maladie permet aux régions situées hors des centres urbains de bénéficier à bon compte des services de ces médecins et gardes-malades. Cependant, même dans les grands centres, les services d'hygiène publique et d'assurance-maladie doivent collaborer étroitement si l'on veut obtenir les meilleurs résultats possibles. En conséquence, l'avant-projet de loi contient des dispositions obligeant une province à prévoir l'emploi simultané et non individuel des subventions pour l'assurance-maladie et pour l'hygiène publique (article 3).

4. Les raisons qui favorisent l'octroi de subventions aux provinces pour l'assurance-maladie et l'hygiène publique, de préférence à l'établissement d'un plan d'assurance-maladie administré par le Dominion, conjugué avec l'octroi de subventions aux provinces pour les services d'hygiène publique, sont les suivantes

(1) Cette alternative exigerait la modification de l'Acte de l'A. B. du N., chose difficile sinon impossible à obtenir. Et quand même cette modification ne serait pas nécessaire, l'étude approfondie de tous les faits et de toutes les circonstances paraît démontrer d'une façon péremptoire les avantages offerts par l'application de l'assurance-maladie dans le cadre de la juridiction provinciale. C'est la conclusion à laquelle s'est arrêtée la commission Rowell-Sirois (Vol. II, page 43).

(2) Les services d'hygiène sont depuis longtemps administrés par les provinces; ils ont, dans l'ensemble, donné de bons résultats malgré le budget

quelquefois restreint affecté à ces services. L'amélioration des services d'hygiène provinciaux paraît être la mesure qui s'impose de préférence à toute autre. L'obtention éventuelle des meilleurs résultats possibles exige une collaboration étroite entre les services administratifs chargés de l'hygiène publique et de l'assurance-maladie. Une telle collaboration sera plus effective, plus unifiée et plus pratique si les deux services administratifs travaillent de concert sous un même contrôle.

(3) Nombre d'associations professionnelles et d'hôpitaux sont à l'heure actuelle organisés selon les lois provinciales. En vertu de telles lois, les associations professionnelles sont chargées de fonctions importantes qui entreraient facilement dans les cadres de l'application d'un plan d'assurance-maladie sous juridiction provinciale.

(4) Les théories et les perspectives sociales varient grandement d'une province à l'autre. Il faut tenir compte de ces différences à l'endroit de l'hygiène publique aussi bien qu'à l'endroit de l'assurance-maladie, ce qui s'avérerait difficile, sinon impossible, si les deux services administratifs ne relevaient pas de la juridiction provinciale.

(5) Vu l'écart des frais primaires dans les diverses provinces, les différences dans le taux de natalité, le nombre des enfants par rapport aux adultes, vu aussi les proportions de la population avancée en âge, il se pourrait que les frais de l'assurance-maladie comportent une disparité allant jusqu'à un tiers entre des provinces. Un régime fédéral édicterait probablement des contributions uniformes, sans tenir compte des frais provinciaux, ce qui pourrait occasionner de sérieux et constants désaccords.

5. Le bill prescrit les conditions suivant lesquelles le Dominion pourra accorder des subventions aux provinces (articles 3 à 6, et Première Annexe). Pour les fins autres que celles du service de la santé publique et que celles de l'assurance-maladie, le bill dispose, dans sa généralité, que les provinces adopteront des mesures législatives, acceptables au Dominion, pour l'utilisation des subventions (article 6). Etant donné la plus grande importance attachée au service de la santé publique, ainsi qu'à l'assurance-maladie, et pour des motifs d'ordre pratique, il a été jugé utile d'indiquer, d'une façon assez détaillée dans le bill, les dispositions législatives.

6. Toutes les provinces possèdent et appliquent une législation sur la santé publique. Il suffit donc d'élaborer un bill énonçant les détails du régime de la santé publique et des services que les provinces devraient entreprendre dans le cadre de leur législation actuelle, modifiée au besoin, pour satisfaire aux conditions des subventions. Ces détails figurent à la Troisième Annexe du bill (voir aussi article 5).

7. Quant à l'assurance-maladie, le manière la plus satisfaisante d'indiquer les conditions à remplir, serait d'établir le texte d'un projet de loi provincial d'assurance-maladie. L'article 4 prescrit que la législation provinciale en matière d'assurance-maladie devra être conçue dans les termes énoncés à la Deuxième Annexe, "ou essentiellement dans les termes précités, ou dans les termes qui, compte tenu de toutes les circonstances et des conditions spéciales visant l'ensemble de la province, ou de certaines régions de la province, puissent être acceptés par le Gouverneur en conseil à titre de mesure pratique d'assurance-maladie, satisfaisante pour la province". Ce procédé offre toute la souplesse nécessaire et permet d'adapter aux exigences provinciales les termes du projet de loi d'assurance-maladie.

Voici quelques-uns des avantages de cette modalité:

(1) Il est probable que les adaptations à apporter au projet de loi d'assurance-maladie provincial en vue de satisfaire aux conditions dans les

provinces, seront relativement peu nombreuses. C'est pourquoi, les diverses lois provinciales devraient présenter la plus grande uniformité convenable ou praticable.

(2) Munies de ce projet de loi, les provinces devraient être en mesure de légiférer avec une plus grande diligence, car ce projet leur sera d'un précieux concours dans l'élaboration de leur propre législation.

(3) Dès la présentation du bill fédéral, les termes du projet législatif d'assurance-maladie provincial pourront être étudiés. Une fois la législation fédérale adoptée, aucune province ne sera probablement en mesure d'édicter, avant un an, sa propre loi d'assurance-maladie. Dans l'intervalle, il devrait être possible de constater les imperfections du projet de loi ou les améliorations qui s'imposent, et les provinces pourront y remédier quand elles édicteront leurs lois d'assurance-maladie. Cela devrait constituer une sauvegarde précieuse à l'égard d'une législation aussi compliquée et d'une portée aussi vaste.

8. D'autres dispositions du bill (articles 7 à 14 inclusivement) visant surtout les conditions à incorporer dans les accords avec les provinces; elles visent aussi l'exécution de ces accords. L'article 16 prévoit la création d'un Conseil national d'assurance-maladie, comprenant le directeur de l'assurance-maladie auprès du ministère des Pensions et de la Santé nationale, le sous-ministre de la Santé de chaque province, ainsi que des représentants de chacun des groupes professionnels intéressés au service des prestations que comporte l'assurance-maladie, du travail, de l'industrie, de l'agriculture et des associations de femmes. Le Conseil fonctionnera comme bureau central où seront discutées toutes les questions concernant l'assurance-maladie, et renseignera le ministre.

LE PROJET DE LOI (PROVINCIAL) SUR L'ASSURANCE-MALADIE

9. La Deuxième Annexe contient "un projet de loi sur l'assurance-maladie" à édicter par une province. Les termes de ce projet peuvent être considérés sous les principaux chapitres suivants: (1) Les participants; (2) les sources des caisses d'assurance-maladie, *i.e.*, les contributions; (3) les détails des prestations; (4) le plan général d'administration; et (5) les dispositions d'ordre secondaire.

10. En tout état de cause, le projet prévoit l'assurance de toutes les personnes dont le lieu normal de résidence est situé dans la province, sans égard au chiffre-limite du revenu (article 2). Les prestations sont les suivantes: (1) Prestations médicales, chirurgicales et prestations-maternité; (2) prestations dentaires; (3) prestations pharmaceutiques; (4) prestations d'hospitalisation; et (5) services de gardes-malades (articles 27 à 32). Ces prestations seront servies sur une base d'assurance sociale. Le projet prévoit l'administration par une commission (articles 35-41). Voici les détails de ces chapitres.

LES PARTICIPATIONS À L'ASSURANCE-MALADIE

11. Comme il a été dit, le projet prévoit l'assurance de toutes les personnes dont le lieu normal de résidence est situé dans la province et qui possèdent les qualités définies dans le bill, *i.e.*, les qualités requises pour devenir contributeurs (article 3). Dans quelques pays, certaines personnes sont exclues de l'assurance-maladie en raison de leurs gains ou de leur classement professionnel, ou à ce double titre; sous certains régimes, les personnes à la charge de l'assuré (le contributeur) sont aussi exclues. Ces restrictions peuvent provenir en partie des régimes d'assurance-maladie institués par des clubs et des sociétés, en partie de la facilité relative avec laquelle les contributions peuvent être perçues pour les salariés, en partie aussi au caractère empirique de l'assurance-maladie au début des assurances sociales.

12. Ces restrictions permettraient peut-être de résoudre certaines difficultés d'ordre pratique, mais d'autres difficultés plus sérieuses surgiraient. Au Canada, des personnes passent fréquemment de l'état d'employé à l'état d'employeur, ou décident de s'établir à leur propre compte. D'ordinaire, l'emploi cesse dans la vieillesse. Quant au chiffre-limite du revenu, certaines personnes passent du classement supérieur au classement inférieur, et inversement. Avec de telles restrictions, il y aurait confusion constante entre les personnes assurables et les non-assurables, et ceux qui, à cause de leur âge, ne pourraient plus travailler, seraient privés de toutes les prestations. Une telle instabilité et une telle confusion occasionneraient de réelles difficultés administratives et ne donneraient aucune satisfaction aux intéressés. Une législation sociale n'entend pas éviter toutes les difficultés évitables, en restreignant la portée de la mesure, mais elle tend plutôt à résoudre les difficultés par la suppression des restrictions irrationnelles, ce qui permettra au régime de procurer le maximum d'avantages.

13. Si l'assurance-maladie n'est pas mise à la portée de toutes les classes et de tous les âges, le service effectif de la santé publique et la prévention des maladies ne pourront être mis en œuvre dans les régions autres que les centres populeux, sauf à un coût virtuellement prohibitif. Et même dans les grands centres, l'application pratique laisserait beaucoup à désirer. Il en résulterait un taux élevé de mortalité et de morbidité évitables. Et toutes les classes exclues seraient contraintes de résoudre, sans collaboration, leurs propres problèmes de maladie et d'hospitalisation prolongée, etc.

14. Le revenu maximum ou chiffre-limite est plus ou moins une question de tradition. Dans le passé, la plupart des plans d'assurance-maladie ne comportaient que des prestations très restreintes, par exemple, des prestations médicales et pharmaceutiques, et il y avait lieu de croire que les classes aisées pourraient subvenir à leurs propres prestations. Certains plans d'assurance-maladie attachent peut-être plus d'importance aux prestations en argent qu'aux prestations en nature, mais le barème des prestations-maladie n'est pas assez élevé pour compter réellement dans l'économie des personnes fortunées. De plus, l'entière organisation sociale et économique, les mesures d'hospitalisation, etc., dans les pays qui ont instauré de tels plans, diffèrent grandement de la situation canadienne. Avec un plan d'assurance-maladie servant des prestations complètes, qui répondront aux besoins essentiels de toutes les classes, l'entière question du revenu maximum est profondément modifiée. Etant donné les lourdes impositions canadiennes, qui seront maintenues durant de nombreuses années, la proportion de la population qu'il serait aujourd'hui possible d'exclure de l'assurance-maladie, à cause de son revenu, doit être plutôt négligeable. Même s'il était jugé opportun ou nécessaire de fixer un chiffre-limite dans certaines provinces, il est très improbable que le même maximum répondrait aux besoins de chaque province. Par conséquent, il ne conviendrait guère que la législation fédérale spécifie un chiffre-limite.

CONTRIBUTIONS

15. Il est de l'essence même de tout plan d'assurance sociale que le droit à prestation ait pour base le versement des contributions par la personne ou pour le compte de la personne appelée à en bénéficier. La preuve documentaire du payement des contributions constitue le premier titre aux prestations. Les prestations basées sur les impositions ne peuvent être des prestations d'assurance, et la condition du droit au bénéfice des prestations sociales fondées sur les impôts entraînerait presque inévitablement la recherche des moyens visibles d'existence ainsi que d'autres recherches. Ces recherches réduisent nécessairement les prestations à l'état de secours de chômage. Un tel régime est indésirable à tous les points de vue.

16. L'assurance sociale prévoit le versement entier de la contribution par l'assuré, ou en partie par lui et en partie pour son compte par son employeur ou l'Etat, ou par l'employeur et l'Etat. Ainsi, dans l'assurance-chômage, les contributions globales des employeurs et des assurés sont à peu près égales, mais les employeurs acquittent entièrement les contributions des employés âgés de moins de 16 ans ou gagnant moins de 90 cents par jour. Le Trésor fédéral verse une contribution égale au cinquième des contributions totales des employeurs et des assurés et, en sus, acquitte tous les frais administratifs. En Grande-Bretagne, sous le régime de l'assurance-maladie, l'employeur verse la contribution intégrale si les gains de l'assuré n'excèdent pas 3 schellings par jour, et, pour tous les assurés, environ 50 p. 100 du total. L'Etat verse aussi une contribution. Sous le régime de l'assurance collective des employeurs et selon leurs plans de pensions, les employeurs contribuent, d'habitude, au moins 50 p. 100 du coût. Aucune des circonstances précitées n'altère en quoi que ce soit le caractère essentiel de l'assurance selon les plans précités. Les contributions sont toujours acquittées par chaque particulier intéressé ou pour son compte, et le payement peut en être vérifié. La preuve de ce payement établit le droit primaire à la prestation.

17. Les prestations d'assurance-maladie prévues dans le bill seront financées en partie à même les contributions payables par les assurés soumis au plan (articles 4 et 5), en partie par les contributions des patrons des assurés (article 8 (1)), en partie par la province (pour le compte des personnes à ressources très modestes) (article 23 (2)), et en partie par des octrois du Trésor fédéral (article 4). La personne chargée du soin et de la garde d'enfants aura droit aux avantages du plan à l'égard de ces enfants en vertu de sa contribution (articles 3 et 5 (4) et (6)). Mais une contribution est obligatoire pour chaque adulte à charge (article 5 (4)).

18. Dans l'établissement des détails des contributions, il faut constamment se rappeler les problèmes que présentent tous les aspects et circonstances de l'administration de l'assurance-maladie, la tenue des dossiers et de la comptabilité, depuis la perception des contributions, et le payement des notes de médecins, dentistes, pharmaciens, hôpitaux et gardes-malades pour chaque prestation, service, accessoire et appareil spécifique fournis aux assurés qui, sur la foi des dossiers, y auraient droit d'après la base de leurs contributions. De plus, il a été jugé important d'agencer un plan de contributions qui n'entraverait en aucune manière l'extension de l'assurance sociale à d'autres domaines, si cette extension ultérieure était jugée opportune.

19. En ce qui concerne les personnes employées qui sont liées par un contrat de service, ou par un contrat pour services, la "méthode du timbre", selon le principe employé pour l'assurance-chômage, s'impose à l'encontre de tous autres modes. La Grande-Bretagne y a recours depuis au delà de 30 ans, et à cet égard, sir Wm. Beveridge ne propose pas de modification pour la Grande-Bretagne. Le bill adopte cette méthode pour les personnes employées qui sont liées par contrat, comme il a été dit plus haut (article 17; voir aussi articles 8 à 20). Dans leur essence, ces articles sont modelés sur ceux de l'assurance-chômage et, pour ce motif, il serait peut-être superflu d'en résumer les termes.

20. Pour l'ensemble du Canada, le nombre de ces contributeurs soumis au régime de l'assurance-maladie dépasserait 3,000,000. De plus, l'employeur d'un homme marié devra retrancher des gains de ce dernier la contribution entière pour sa femme (articles 5 (5) et 19 (1)). En conséquence, la méthode du timbre apportera les contributions de plus de 4,000,000 d'adultes ou en leur nom, pour l'ensemble du Canada, soit environ la moitié de la population adulte.

21. Voici certains des avantages de la méthode du timbre: (1) C'est la seule qui convienne aux petits employeurs, et leur nombre est très élevé; pour ce qui concerne les grands employeurs, des adaptations pratiques de cette méthode pourront être opérées d'après les dispositions du bill (article 17); (2) elle élimine tous les problèmes vexatoires de comptabilité et les erreurs dans les numéros des comptes afférents aux déductions des bordereaux de paie; (3) elle comporte une vérification automatique, en ce sens que l'employé veillera à ce que l'employeur appose les timbres sur le livret de l'employé, afin que celui-ci puisse profiter de la part contributive de l'employeur.

22. D'après le projet, l'employé devrait verser un pourcentage prescrit, 3 p. 100 par exemple, de ses gains pour chaque période de paie, mais n'excédant pas la contribution qui sera spécifiée dans l'Annexe A de la loi provinciale. La différence, s'il y a lieu, entre cette contribution et la part contributive de l'employé, sera versée par son patron (article 8 (1)). Toutefois, l'employeur ne sera pas tenu d'aider l'employé à acquitter la contribution d'une personne à charge.

Les barèmes des contributions ne figurent pas à l'Annexe A, car il est improbable que les mêmes barèmes conviennent à toutes les provinces. Pour la même raison, le pourcentage des gains n'apparaît pas à l'article 8 (1). A simple titre d'explication, une copie de l'Annexe A a été dressée, avec indication pratique des barèmes. Cela permettra de mieux comprendre et examiner le principe sous une forme concrète, bien qu'explicative.

ANNEXE "A"

Indiquant: (i) Le montant de la cotisation payable par et pour un employé qui a travaillé pour un employeur pendant une entière période de paie;

(ii) le taux annuel de cotisation payable par et pour une personne dont le revenu est évalué; et

(iii) le taux annuel de cotisation payable à l'égard d'une personne, autre qu'un enfant n'ayant pas atteint l'âge prescrit, et entièrement à la charge d'un contributeur. (Dans le cas d'une personne partiellement à la charge du contributeur, le taux sera proportionné au degré de dépendances)

Catégorie de contributeurs	Période de paie de l'employeur						Taux annuel de la contribution
	Jour	Semaine	3 fois par mois	Quinzaine	Deux fois par mois	Mois	
	$	$	$	$	$	$	$
Hommes et femmes ayant atteint l'âge de 20 ans	*0 08⅓	0 50	0 72	1 00	1 08	2 16	24 00
Jeunes hommes et jeunes femmes ayant atteint l'âge de 17 ans, mais non l'âge de 20 ans	*0 04⅙	0 25	0 36	0 50	0 54	1 08	12 00
Garçons et filles de moins de 17 ans	0 02	0 12	0 18	0 25	0 27	0 54	6 00

NOTE.—Les tarifs des cotisations ne représentent pas les tarifs approximatifs qui pourraient être raisonnablement fixés par une province quelconque; ils figurent ici *uniquement à titre d'exemple.*

* Il est automatiquement tenu compte des fractions de cents par l'emploi d'un sixième du timbre hebdomadaire, comme dans l'assurance-chômage.

23. Les personnes qui ne sont pas employées en vertu d'un contrat de service, ou d'un contrat pour services, ou qui ne sont pas ainsi employées pendant toute l'année, doivent contribuer comme " affiliés cotisés " (articles 5 et 6). Le but de l'évaluation est de déterminer si la situation financière de la personne cotisée est telle que cette personne serait normalement requise de payer en totalité la cotisation annuelle établie à l'Annexe A, pour elle-même et pour les personnes à

sa charge, et sinon, la mesure dans laquelle le paiement devrait être fait en sa faveur par la province (article 23 (2)). L'évaluation sera basée sur les biens meubles et immeubles de la personne cotisée, et sur son revenu autre que le revenu tiré de ses biens (articles 7 et 21 à 25). Pour la grande majorité, un coup d'œil sur leur situation financière montrera clairement qu'ils doivent payer la totalité. Une évaluation détaillée ne sera donc pas nécessaire dans leur cas. En fait, la plupart des personnes cotisées remettront sans doute leurs cotisations intégrales, et éviteront l'ennui d'avoir à fournir des renseignements détaillés sur leurs biens et leur revenu. La Partie II de l'Annexe C y pourvoit. Le problème de l'évaluation se posera surtout pour les gens pauvres. Il sera simplifié du fait que leurs biens et leur revenu sont relativement sommaires.

24. L'évaluation, pour un assuré, s'effectuera d'après les principes suivants. Ses biens meubles et immeubles seront censés lui procurer, en revenu, un pourcentage déterminé de leur valeur. Mettons ce revenu à 4 p. 100, à simple titre d'exemple. Ce rendement, ajouté au revenu d'autres sources, déterminera son "revenu évalué" (article 22). Si son revenu évalué est égal ou supérieur à un maximum déterminé — mettons $700 à simple titre d'exemple, pour un contributeur sans personnes à sa charge, — il verserait sa cotisation annuelle intégrale. Si son revenu évalué est de $600, le contributeur paierait les six septièmes de la cotisation intégrale; si son revenu évalué est de $500, l'intéressé paierait les cinq septièmes, et ainsi de suite, la différence étant, dans chaque cas, payable par la province. Le chiffre-limite pourrait être fixé, par exemple, à $1,200 dans le cas d'un contributeur avec une personne à sa charge; à $1,600, avec deux personnes à sa charge; à $1,900, avec trois personnes à sa charge, et ainsi de suite. (Ces chiffres sont fournis à simple titre d'exemple, et ne doivent pas être interprétés comme une indication de ce que les provinces devraient adopter, en pratique.) Une personne jouissant d'un revenu évalué égal ou supérieur au maximum applicable dans son cas, compte tenu du nombre des personnes à sa charge, paiera la pleine cotisation pour elle-même et pour les personnes à sa charge. Si son revenu évalué devient inférieur au maximum prévu dans son cas, elle devra payer une proportion de la pleine cotisation égale à la proportion de son revenu évalué par rapport au revenu maximum prévu dans son cas, suivant la même principe déjà indiqué pour un contributeur sans personne à sa charge (article 23). Ainsi, sur la base de l'évaluation maxima de $1,600 pour un contributeur ayant deux personnes à sa charge, prise à titre d'exemple, si le contributeur jouit d'un revenu évalué à $1,200, il paiera les trois quarts de la pleine cotisation pour lui-même et les deux personnes à sa charge. Répétons, pour éviter les malentendus, que ces chiffres sont donnés à simple titre d'exemple

25. Afin d'assurer une évaluation uniforme des biens immeubles dans toute la province, une péréquation est prévue tous les cinq ans (article 21). Pour fournir une base à la péréquation de l'évaluation des propriétés immobilières dans les différentes municipalités, la province devra évaluer un spécimen de cinq à huit pour cent des différentes parcelles de terrain dans différentes parties de chaque région municipale; et la proportion du total des valeurs du spécimen établies par la province, par rapport au total des valeurs établies par les répartiteurs locaux, donne le coefficient qui servira à multiplier la valeur d'imposition locale d'une propriété quelconque en vue d'obtenir sa péréquation pour fins d'assurance-maladie (article 21).

26. La règle, pour un contributeur cotisé, est de payer sa cotisation, ou sa part de la cotisation, pour l'année entière. Nulle raison ne justifierait une méthode différente. Pour une personne employée, la cotisation pour l'année entière doit donc être la règle. Dans le cas où l'emploi salarié ne s'étend pas à l'année entière, les intéressés paieront comme affiliés cotisés pour le reste de l'année. Afin de réduire très sensiblement le nombre de ces cas, on se propose

d'exiger le payement de la cotisation de l'année entière dans les 48 premières semaines d'emploi durant l'année (article 6 et clause conditionnelle de l'article 8 (1)). L'augmentation d'environ 8 p. 100 qui en résultera dans le taux hebdomadaire sera compensée par la réduction du nombre des cotisations hebdomadaires.

27. Les principes qui viennent d'être énoncés obligent chaque personne cotisée qui est incapable de payer sa cotisation intégrale à payer en proportion de ses moyens, la province comblant la différence. Il n'est donc pas nécessaire d'introduire dans le bill des distinctions entre le statut ou le traitement des différentes personnes, en matière d'assurance; tous seront assurés de la même manière. Cette décision, opportune à bien des égards, écartera automatiquement des problèmes administratifs fort ennuyeux. Elle écartera, par exemple, le problème que poserait, autrement, l'assurance des indigents. Sous le régime du bill, la question ne se pose pas. La province règle la question en assurant les indigents à la Caisse générale, à des taux réguliers.

28. L'indigence, ou la quasi-indigence, n'est pas nécessairement un état permanent. Une personne peut n'être obligée à rien ou presque rien payer dans une année, et être tenue de payer sa cotisation entière ou presque entière l'année suivante. En somme, ceux qui ne paient pas intégralement verseront une très forte contribution, et sans gêner personne. Dans l'état actuel des choses, toute personne requérant des soins médicaux s'attend à payer, et même les gens relativement pauvres paient habituellement quelque chose. La grande difficulté provient de ce qu'ils peuvent avoir à payer une forte somme, au cours d'une même année. Avec l'assurance-maladie, ils auront à payer une modeste et raisonnable cotisation chaque année. L'établissement d'une cotisation annuelle uniforme versée par ou pour chaque contributeur simplifiera les choses à bien des égards, et assurera la stabilité financière de la Caisse. Et la stabilité financière est fort importante.

IMMATRICULATION

29. L'assurance-maladie assurera les gens à titre individuel. Chacun choisira le praticien par qui il désire être traité, et restera sur la liste de clientèle de ce praticien jusqu'à ce qu'il en ait choisi un autre (article 28 (2) (*c*)). Le traitement et les autres prestations seront fournis aux assurés individuellement. A l'égard des prestations et services, la Caisse d'assurance-maladie effectuera les versements aux médecins praticiens, dentistes, pharmaciens, hôpitaux et gardes-malades individuellement, sur la base des services, du matériel et des appareils spécifiques, dans chaque cas individuel. Les individus de la population flottante d'une province, venus de l'extérieur à un moment quelconque, n'auront pas droit aux prestations d'assurance (et la même règle s'appliquera aux personnes dont le revenu dépasse le chiffre-limite, dans les provinces qui pourront adopter un tel chiffre-limite). Toutes ces personnes doivent se distinguer facilement des assurés, pour fins de traitement. On voit clairement la nécessité de l'immatriculation des assurés auprès de la Commission d'assurance-maladie de leur province, et de l'établissement de leur statut en matière d'assurance. L'Office d'administration locale de la Commission doit tenir registre de ces immatriculations et conserver les listes d'assurés traités par les praticiens.

30. L'immatriculation est prévue à l'article 7; la formule d'immatriculation figure à l'Annexe C. Dans la Partie III de cette formule seront indiquées les données concernant les biens et le revenu de la personne qui s'immatricule, afin de fournir une base à l'évaluation si celle-ci devenait nécessaire pour le calcul de ses contributions; mais dans tous les cas où il ressort qu'en raison de sa situation financière, une telle personne est tenue de verser l'entière contribution, elle pourra se dispenser de remplir ladite Partie (article 7 (2) et la Partie II de l'Annexe A). Elle pourra alors verser son entière contribution, ce qu'elle fera dans la plupart des cas.

CAISSE D'ASSURANCE-MALADIE

31. L'établissement et la gestion de cette Caisse (article 26) suivront, dans les grandes lignes, les dispositions de la Loi sur l'assurance-chômage relatives à la Caisse d'assurance-chômage.

PRESTATIONS

32. Les personnes admises au bénéfice des prestations prévues par le bill (dénommées " personnes admises ") auront droit à l'obtention de mesures rationnelles de prophylaxie, et à l'obtention de tous les modes de diagnostic, de cure et de traitement nécessaires (article 27 (1)). D'une façon générale, ces prestations seront ainsi réparties (article 27 (2)):

(*a*) Prestations médicales, chirurgicales et prestations-maternité;
(*b*) Prestations dentaires;
(*c*) Prestations pharmaceutiques;
(*d*) Prestation d'hospitalisation;
(*e*) Prestation de gardes-malades.

Dans tous les cas, les procédés spéciaux et techniques et les services complémentaires qui pourront paraître nécessaires à l'application effective des prestations, seront appliqués et procurés selon qu'il pourra être prescrit (article 27 (3)). Si, dans un cas d'urgence ou en d'autres circonstances, il est impraticable de servir l'ensemble des prestations à toutes les personnes qui les requerront, les secours seront d'abord procurés, dans la mesure où la chose sera praticable, aux personnes qui en auront le plus pressant besoin (article 27 (4)).

33. Dans la mesure où certaines personnes peuvent, à l'heure actuelle, se procurer à elles-mêmes les prestations et les services mentionnés au paragraphe précédent, ces personnes prennent leurs propres dispositions. Au lendemain de l'entrée en vigueur du régime d'assurance-maladie, c'est l'organisme provincial d'assurance-maladie qui s'occupera de leur cas. Sous un régime d'une telle envergure, les changements inévitables seront plutôt difficiles à opérer, au début. Les dispositions du bill relatives aux prestations (articles 28 à 32) posent en principe qu'au lendemain de l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie, les personnes recevront les services médicaux et autres prestations, dans toute la mesure du possible, de la même manière qu'ils les auraient reçus la veille à leurs propres frais. Si l'on s'en tient le plus possible à ce principe, il n'existera, au début, qu'un minimum de confusion et d'incompréhension parmi le public, chez les professionnels et dans les hôpitaux intéressés au service des prestations, ainsi que dans les organismes administratifs. Lorsqu'un assuré croira avoir besoin d'un traitement ou de conseils, il consultera, selon les dispositions du bill, son propre médecin, et celui-ci, à titre professionnel et non pas en qualité de serviteur ou d'employé de la Commission, décidera du traitement à administrer s'il y a lieu, et l'administrera lui-même. Tous les détails seront déterminés par les règlements pratiques, rédigés après consultation avec les représentants des professions et des hôpitaux.

34. Les articles 28 à 30 du bill prévoient des accords entre la Commission d'assurance-maladie et les médecins praticiens, les dentistes, pharmaciens, hôpitaux et les gardes-malades, quant au service des diverses prestations. Ces articles sont, en substance, d'une même conformité, en ce sens qu'ils respectent certains droits essentiels des assurés à l'égard des diverses prestations, et qu'ils établissent les conditions fondamentales suivant lequelle la Commission pourra conclure des accords avec les représentants des diverses professions et avec les hôpitaux en vue d'organiser la dispensation des services selon un sytème rationnel. Ces accords seront confirmés par des règlements. Le bill accorde une ample autorité

pour la conclusion d'accords permettant de faire face aux conditions variables et aux circonstances particulières dans toutes les régions de la province. Je résumerai maintenant les articles concernant les diverses prestations.

PRESTATIONS MÉDICALES, CHIRURGICALES ET PRESTATIONS-MATERNITÉ (ARTICLE 28)

35. Les ententes concernant les prestations médicales, chirurgicales et les prestations-maternité seront conclues avec des praticiens en médecine, en chirurgie et en obstétrique (dénommée " médecins praticiens " ou " conseillers médicaux ") régulièrement qualifiés, dûment autorisés, et jouissant d'un bon renom dans la province. Les personnes admises à recevoir les prestations auront droit à l'obtention de mesures rationnelles de prophylaxie, et à l'obtention du traitement, des soins et des conseils que les médecins praticiens seront appelés à leur fournir en vertu des accords conclus.

Les principales dispositions devant servir de base de négociation entre la Commission et les médecins praticiens sont, en substance, les suivantes:

(1) Il sera publié des listes des praticiens qui auront convenu de soigner, traiter et conseiller les personnes admises. Ces listes indiqueront les catégories de services que chaque praticien est apte et prêt à dispenser.

(2) Chaque personne admise aura le droit de choisir un médecin praticien dont le nom figurera sur les listes périodiques, sous réserve du consentement du praticien, et elle aura le droit de choisir des spécialistes et des médecins consultants, après avoir, à l'ordinaire, consulté son médecin praticien, et sur sa recommandation.

(3) Les personnes qui négligent de faire un choix, ou dont la clientèle est refusée par le praticien qu'ils ont choisi, seront confiées aux soins des divers médecins de l'endroit.

(4) Les services des médecins praticiens seront organisés aux fins suivantes: prophylaxie, conservation de la santé et des aptitudes physiques.

(5) Les médecins praticiens devront tenir bon registre de leurs cas de clinique.

(6) Les médecins praticiens seront rémunérés soit au moyen d'honoraires, ou d'allocation de tant par tête, ou de salaire, soit par toute combinaison de ces méthodes, ou d'autre manière, selon qu'il sera convenu.

36. La même méthode ne pourra sans doute pas être employée avec un succès égal dans toutes les provinces. En certaines régions, par exemple, il sera peut-être nécessaire de rémunérer les praticiens au moyen d'un salaire, afin de les encourager à y résider, ce qui permettra à la population de recevoir promptement les soins nécessaires. La même méthode s'imposera pour obtenir une collaboration dans la prévention des maladies et dans les services d'hygiène publique.

PRESTATIONS DENTAIRES (ARTICLE 29)

37. Après examen de la situation, l'Association des dentistes canadiens est d'avis que le nombre actuel des dentistes au Canada ne permet de procurer qu'une proportion relativement faible des soins dentaires nécessaires à la population canadienne. Aussi, le bill prévoit que la Commission et l'Association professionnelle des dentistes de la province devront élaborer un programme de soins dentaires ne dépassant pas les possibilités. Ce programme pourra, en premier lieu, limiter les prestations dentaires aux seuls enfants au-dessous d'un âge déterminé. Au-dessus de cet âge, les intéressés se chargeront eux-mêmes d'obtenir leurs soins dentaires. On se propose d'élever l'âge aussitôt que l'augmentation du nombre des dentistes le permettra. Cela assurera l'application éventuelle du programme à la population tout entière.

38. Les ententes conclues avec les dentistes pour la mise en application du programme auront, en substance, les mêmes objets que nous avons déjà résumés au sujet des prestations médicales.

PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES (ARTICLE 30)

39. Le bill prévoit la conclusion d'ententes entre la Commission et les pharmaciens détaillants (chimistes et droguistes) afin de fournir aux personnes admises les remèdes, médicaments, accessoires et appareils nécessaires. Ces ententes comporteront, en substance: (1) La publication des listes de pharmaciens avec lesquels ont été conclues des ententes; (2) le droit, pour tout pharmacien immatriculé, de figurer sur ces listes; (3) le droit, pour le bénéficiaire de l'ordonnance, de choisir son pharmacien; (4) la détermination des prix des ordonnances par une commission, un bureau ou un comité central, pour toute la province, selon un tarif approuvé à la fois par la Commission et par les pharmaciens.

PRESTATION D'HOSPITALISATION (ARTICLE 31)

40. La prestation d'hospitalisation comporte tous les soins nécessaires dans les hôpitaux (y compris les maisons de convalescence), sauf le traitement de la tuberculose et des maladies mentales. Dans ce dernier cas, les provinces seront appelées à pourvoir au traitement. Les principales dispositions à observer, dans la conclusion d'entente avec les hôpitaux, sont en substance les suivantes: (1) La publication des listes d'hôpitaux indiquant les catégories de services et de traitements que chaque hôpital est apte et autorisé à procurer, les hôpitaux étant "bénévoles", municipaux, ou relevant des gouvernements provinciaux ou fédéral, sauf autres prescriptions à cet égard; (2) le traitement ne sera accordé que sur l'ordre du médecin praticien de la personne assurée; (3) la personne à traiter aura le droit de choisir l'hôpital; (4) l'hôpital aura le droit de choisir les médecins praticiens qui pourront y traiter les patients; (5) l'indemnité d'hospitalisation sera conforme à l'un ou l'autre des deux plans d'ensemble, ou selon quelque autre prescrit (article 31 (1) (*f*); (6) seul le service de salle publique sera accordé, sauf dans le cas où il sera jugé qu'un service privé ou semi-privé d'une salle publique est essentiel au bien-être du patient, mais toute personne aura droit à un tel service, s'il y en a de disponible, en payant la différence des frais. Certaines autres dispositions administratives sont d'ordre secondaire.

PRESTATION DE SERVICES DE GARDES-MALADES (ARTICLE 32)

41. Seuls seront procurés "les services de gardes-malades nécessaires". Les principales dispositions à observer, dans la conclusion de l'entente relative aux services de gardes-malades, sont les suivants: (1) L'entente interviendra avec les associations représentant les gardes-malades immatriculées, mais elle pourra stipuler que, dans des circonstances spéciales et pour des fonctions limitées ou spéciales, les services de gardes-malades pourront être accomplis par des personnes ayant une formation et une expérience moindres, les noms de ces personnes devront être inscrits sur des listes indiquant les catégories de fonctions et de services qu'elles pourront accomplir dans les circonstances spéciales; (2) le service de gardes-malades ne sera procuré que s'il est prescrit par le médecin traitant; (3) autant que possible, dans chaque région locale, le service de gardes-malades sera procuré par l'entremise de l'association locale des gardes-malades immatriculées; (4) les conditions du service, les heures de travail et le mode de rémunération seront sujets à nouvel examen et à revision périodiques; (5) seront maintenues les conditions d'aptitudes reconnues pour la formation et les services des gardes-malades.

DISPOSITIONS SPÉCIALES CONCERNANT LES PRESTATIONS

42. Lorsque, dans une région ou une zone, la Commission constate qu'il n'est pas rationnellement pratique d'administrer la totalité ou une partie des prestations spécifiées dans l'entente d'administration générale, la Commission pourra conclure une autre entente applicable à une telle région ou zone, ou appliquer un régime de prestations modifié ou un autre régime (article 33).

43. Si, à cause d'une blessure, affection ou maladie, une personne reçoit l'une des prestations prévues dans le bill, et a droit de réclamer, en vertu d'une loi des accidents du travail, ou d'autre manière, une indemnité ou des dommages, du fait de cette blessure, affection ou maladie le bill prévoit le remboursement à la Caisse d'assurance-maladie du coût des prestations ainsi servies à cette personne (article 34).

ADMINISTRATION GÉNÉRALE (ARTICLE 35 À 41)

44. On se rendra compte que, dans le service des prestations, la majeure partie du travail administratif s'opérera dans la localité, le travail courant et les détails ne différant pas plus qu'il ne sera nécessaire des modes de services actuellement appliqués dans les cas de maladie ou d'accident. Une importante partie de l'administration centrale consistera à édicter des règlements appropriés pour l'application effective de l'entente conclue avec les professions et avec les hôpitaux en vue du service des prestations, et à faire une revision périodique des ententes et règlements. Il existera des fonctions et devoirs administratifs d'un autre genre que ceux qui viennent d'être indiqués, à savoir, le travail administratif et le travail courant: perception des contributions; relevé, dans les régions locales, des assurés figurant sur la liste de chaque praticien; tenue des dossiers, comptes, etc. Ces commentaires serviront à démontrer à quel point les problèmes d'administration différeront essentiellement de ceux que devra résoudre, par exemple, une commission des accidents du travail. Néanmoins, l'opinion publique paraît nettement favoriser l'administration de l'assurance-maladie par une commission. Plusieurs des groupes et des catégories que protégera l'assurance-maladie estiment impérieux d'être représentés dans la Commission. Les avantages d'une telle représentation sont évidents. Il est également manifeste que la composition, le personnel et la procédure de la Commission devraient s'adapter tout particulièrement aux fonctions à accomplir sous le régime de l'assurance-maladie, et que même une commission de trois, siégeant continuellement, serait trop nombreuse, pour plusieurs provinces, sinon pour toutes, et en même temps ne serait pas assez nombreuse pour satisfaire aux légitimes demandes de représentation.

45. Eu égard aux problèmes administratifs de l'assurance-maladie et aux autres circonstances, y compris les vastes différences entre les provinces, la Commission prévue dans l'avant projet de la loi devra fonctionner, dans son essence, à l'instar du conseil d'administration d'une corporation commerciale, mais avec les attributions, fonctions et responsabilités d'une commission, le président exerçant des fonctions continues et recevant une rémunération. Les autres membres recevront, relativement au travail de la Commission, la rémunération et les frais de déplacement que pourra approuver le lieutenant-gouverneur en conseil (article 37). Le président sera un docteur en médecine ayant exercé durant au moins dix ans (article 35 (2)); il sera le chef exécutif de la Commission et, conformément aux règlements et aux directives de la Commission, il surveillera et dirigera le travail de la Commission (article 36 (1)). Le directeur du service d'hygiène provincial sera membre de la Commission (article 35 (3)). Les autres membres de la Commission seront choisis par le lieutenant-gouverneur en conseil, après consultation avec les associations représentant les médecins

praticiens, les dentistes, les pharmaciens, les hôpitaux, les gardes-malades, les assurés, les travailleurs industriels, les employés, les cultivateurs, les associations féminines, et représentant les autres groupes et catégories qu'à l'occasion pourra déterminer le lieutenant-gouverneur en conseil mais au moins un de chacun des groupes, catégories ou professions. Le président demeurera en fonction pendant la durée, n'excédant pas dix ans, que pourra déterminer le lieutenant-gouverneur en conseil, et les autres commissaires, pendant deux, quatre ou six ans (article 35). Le bill décrète que la Commission se réunira deux fois l'an, et plus souvent au besoin.

46. Il est à noter que telle est la forme d'administration proposée dans un avant-projet de loi d'assurance-maladie élaboré par l'*American Association of Social Security,* publié en 1942.

47. Si, dans une province, il est jugé qu'une petite commission de trois, par exemple, consacrant tout son temps aux fonctions administratives, serait plus satisfaisante, il faudrait, croit-on, instituer un conseil consultatif représentant les groupes et catégories mentionnés, le conseil consultatif devant se réunir à des époques déterminées, et plus souvent s'il y a lieu.

48. Toute personne nommée à un poste exécutif, administratif ou autre exigeant une formation et une expérience professionnelles en médecine, en art dentaire, en pharmacie, ou dans le service d'hôpital ou de gardes-malades, sera choisie après consultation avec les représentants de ces professions ou hôpitaux, suivant le cas (article 40).

RÉGIONS ADMINISTRATIVES

49. Afin de pouvoir administrer le service d'hygiène publique et le régime d'assurance-maladie, d'une manière économique et rationnelle, comme au plus grand avantage réciproque de ce service et de ce régime, l'avant-projet prévoit que les provinces seront divisées en régions administratives, les mêmes régions devant servir aux deux fins (article 42). Dans la détermination des limites, il faudra tenir compte de toutes les circonstances particulières. D'une façon assez générale, une région englobera plus d'une municipalité. Des dispositions seront prises pour faire usage du personnel et des installations du service de santé qui seront disponibles dans les régions et pour répartir le coût entre les gouvernements locaux de chaque région. En cas d'objections de la part du gouvernement local, la question sera réglée par arbritrage.

COMITÉS

50. Dans le cas d'une mesure comme celle de l'assurance-maladie qui concerne tant de personnes et tant d'intérêts, il est nécessaire que la Commission soit aidée par de nombreux comités pour que tous les points de vue reçoivent l'attention voulue. Pour les consultations relatives aux règlements et aux mesures concernant le service des prestations aux assurés, la Commission pourra accepter un comité quand elle sera convaincue qu'il représente des hôpitaux ou des membres d'une des professions chargées du service des prestations (article 45). Les dentistes et les pharmaciens appartiennent à des associations régies par des lois provinciales; en conséquence, le bill accorde à chaque organisme exécutif de ces associations le droit de nommer un comité pour les fins précitées (article 45 (3) et (4)). Des comités locaux pourront être nommés dans le cas où les intérêts locaux l'exigeront, mais seulement après consultation avec le comité provincial.

51. L'article 46 accorde à la Commission l'autorisation générale d'établir autant de ces comités, conseils, etc., qu'il sera nécessaire pour fins délibératives, consultatives, administratives ou exécutives.

QUESTIONS, GRIEFS ET CONFLITS

52. Les articles 47 et 48 contiennent des dispositions pour le règlement des questions, griefs et conflits, sans avoir recours d'abord aux tribunaux.

53. Les questions de savoir si une personne est une "personne employée", ou de déterminer (1) l'employeur d'une personne employée, (2) le taux de contribution d'une personne employée ou d'une personne cotisée, et (3) si une personne est admise au bénéfice des prestations, sont réglées en premier lieu par la Commission, avec faculté de reviser sa décision en cas de présentation de nouveaux faits. Toute personne mécontente de la décision de la Commission pourra en appeler à un juge en référé, dont la décision sera finale (article 47).

54. La Commission, les médecins praticiens, les dentistes, pharmaciens, hôpitaux, gardes-malades et assurés prendront tous part à l'administration de l'assurance-maladie. Les opinions différeront dans bien des cas et, en conséquence, des griefs et des conflits seront inévitables. L'article 48 prescrit qu'ils seront soumis en premier lieu aux comités. Dans le cas, par exemple, d'un grief formulé par un assuré contre un médecin praticien, le comité se composera d'un nombre égal de médecins praticiens et d'assurés, avec un président neutre. Si un hôpital, une garde-malade et un assuré sont impliqués dans un conflit, le comité sera choisi en nombre égal parmi les assurés, les gardes-malades et les représentants d'hôpitaux, avec un président neutre. Les règlements spécifieront les catégories de cas sur lesquels la Commission pourra statuer d'après les conclusions du comité, et les catégories de cas pouvant donner lieu à appel; mais dans tous les cas où sera contesté le droit d'une personne, ou d'un hôpital, de continuer à servir une prestation ou à procurer un service, les règlements devront prévoir l'appel. Tous ces appels seront soumis à un comité d'appel composé d'un avocat ou d'un avoué et d'au moins deux personnes choisies, selon le mode prescrit, parmi les personnes appartenant à la profession de l'intéressé ou parmi les représentants des hôpitaux, selon le cas. La Commission donnera effet, de la manière prescrite, aux recommandations dudit comité.

CONCLUSION

55. Il existe beaucoup d'autres dispositions d'ordre général. Malgré leur importance, il est inutile de les résumer ici.

56. Un des grands avantages du bill est son élasticité. Ses dispositions peuvent s'adapter à toutes les situations dans n'importe quelle province, et il n'y aura pas lieu d'interrompre la tâche essentielle de faire profiter le public des prestations d'assurance-maladie, à cause de quelque disposition imparfaite ou trop arbitraire du bill.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 3

SÉANCE DU MARDI 23 MARS 1943

TÉMOINS:

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

Le Dr 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
1943

ORDRE DE RENVOI

Le MERCREDI 17 mars 1943.

Ordonné.—Que les noms de MM. Maybank et Fulford remplacent ceux de MM. MacKenzie (Neepawa) et Telford comme membres du Comité spécial de sécurité sociale.

Copie conforme.

Le greffier de la Chambre,
ARTHUR BEAUCHESNE.

Le JEUDI 18 mars 1943.

Ordonné.—Que le quorum dudit Comité soit fixé à douze membres.

Copie conforme.

Le greffier de la Chambre,
ARTHUR BEAUCHESNE.

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 23 mars 1943.

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

Présents: MM. Blanchette, Breithaupt, Bruce, Casselman (Mme) (*Edmonton-Est*), Claxton, Cleaver, Côté, Diefenbaker, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Gregory, Howden, Hurtibise, Lalonde, Leclerc, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, McIlwraith, Maybank, Mayhew, Slaght, Veniot, Warren, Wood et Wright.—31.

L'hon. Ian Mackenzie lit une lettre de F. P. Varcoe, sous-ministre de la Justice, déclarant qu'il n'y a eu aucun échange de correspondance entre le ministère de la Justice et les gouvernements provinciaux au sujet de l'adoption des mesures concernant l'assurance-maladie.

Le ministre fait aussi une déclaration au sujet de comptes rendus contradictoires parus dans les journaux relativement à la politique du Gouvernement en matière de sécurité sociale.

Le président signale aux membres du Comité le discours prononcé par le très honorable Winston Churchill et leur recommande de l'étudier.

M. A. D. Watson, actuaire en chef, département des Assurances, est appelé, interrogé et se retire.

Le Dr J.J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale, est rappelé, interrogé et se retire.

Le président avise le Comité que le Conseil de salubrité fédéral doit se réunir à Ottawa les 29, 30 et 31 de ce mois et que les sous-ministres des ministères d'hygiène provinciaux seront présents pour renseigner le Comité sur les mesures de sécurité sociale en vigueur dans leurs provinces respectives. Il est convenu d'entendre leurs témoignages.

Sur la proposition de M. Côté, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mardi 30 mars à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,
Le 23 MARS 1943.

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

LE PRÉSIDENT: Le ministre, M. Mackenzie, désire présenter deux exposés de faits avant le commencement de nos délibérations.

L'hon. M. MACKENZIE: Monsieur le président, madame Casselman, messieurs, à la dernière séance, M. Diefenbaker a présenté la motion suivante:

> Je propose donc de demander au ministère de la Justice ou au ministère des Pensions et de la Santé nationale de produire des copies de toutes communications, lettres, écrites par le Gouvernement fédéral ou en son nom à chacun des gouvernements provinciaux en vue d'obtenir la coopération des provinces pour l'adoption de l'assurance-maladie par le Parlement.

J'ai apporté avec moi la lettre suivante du sous-ministre de la Justice:

Ottawa, 23 mars 1943.

A l'avocat du ministère,

Ministère des Pensions et de la Santé nationale.

Je vous accuse réception de votre lettre du 19 courant qui se rapporte aux délibérations du Comité parlementaire spécial de la sécurité sociale et à la motion de M. Diefenbaker demandant la production de copies de toutes les communications, lettres etc. écrites par le Gouvernement fédéral ou en son nom à chacun des gouvernements provinciaux en vue d'obtenir la coopération des provinces pour l'adoption de l'assurance-maladie par le Parlement.

Nous avons fait des recherches et rien dans nos dossiers des quatorze dernières années n'indique que notre ministère ait, à quelque époque que ce soit, correspondu avec les gouvernements provinciaux au sujet de l'adoption de l'assurance-maladie par le Parlement.

Le sous-ministre,
F. P. VARCOE.

Cette lettre nous vient du ministère de la Justice. En ce qui concerne le ministère des Pensions et de la Santé nationale, nos dossiers renferment quelques communications aux ministères provinciaux de la Santé, mais non aux premiers ministres. L'une de ces communications est une invitation à une réunion tenue le 21 septembre 1942, à l'édifice Daly, dans le but de discuter le principe même de l'assurance-maladie et les projets ministériels établis à l'époque.

M. DIEFFENBAKER: Quelle en est la date?

L'hon. M. MACKENZIE: La lettre est datée du 11 septembre 1942. J'en ai une copie ici. Cette communication, qui n'est pas confidentielle, a été envoyée aux ministres provinciaux de la Santé qui ont tous, si je ne m'abuse, répondu à l'invitation et assisté à l'assemblée tenue en septembre de l'année en question. La seule autre communication déposée aux dossiers est postérieure à cette assemblée. J'avais transmis aux mêmes ministres un message confidentiel que

je ne tiens pas à produire ici. Je puis cependant révéler qu'il tendait, en général, à les interroger sur leurs réactions aux délibérations qui avaient eu lieu ici. Je crois pouvoir vous dire qu'en général les réponses reçues manifestaient un bon esprit de collaboration.

A part ces deux communications, les dossiers du ministère ne renferment aucun document traitant de la question constitutionnelle que M. Diefenbaker a soulevée. Ni le ministère de la Justice ni le nôtre n'a soulevé la question constitutionnelle. Est-ce suffisant?

M. DIEFENBAKER: Oui.

L'hon. M. MACKENZIE: Voici la seconde mise au point que je voulais faire.

Depuis le dépôt des rapports que j'ai remis au Comité la semaine dernière, les journaux ont publié des articles contradictoires sur l'attitude probable du Gouvernement. Quelques-uns prévoient des initiatives immédiates, d'autres soutiennent que rien ne sera accompli avant la fin de la guerre. Je puis affirmer, monsieur le président, que le Gouvernement n'a pris aucune décision dans un sens ou dans l'autre. Le présent Comité reste absolument libre de formuler les rapports et les recommandations de son choix. Le Gouvernement n'interviendra pas pour lui dicter la ligne de conduite à suivre.

L'attitude du Gouvernement est définie dans le discours du Trône, dont je vous cite le passage suivant:

> Mes ministres estiment qu'il y a lieu d'élaborer immédiatement un système national complet d'assurances sociales qui constituerait une charte de sécurité sociale pour tout le Canada.

Le discours insistait en premier lieu sur le placement de la main-d'œuvre et, en second lieu, sur la nécessité de mettre les citoyens à l'abri de la crainte et du besoin.

Il faisait aussi part de l'institution projetée de Comités parlementaires chargés d'étudier ces questions, et mentionnait en particulier l'intention de mettre " à l'examen et à l'étude " l'établissement d'un plan national d'assurance-maladie.

Les comités annoncés ont été créés et le présent Comité a été saisi des trois rapports suivants:

1. Un rapport sur l'assurance-maladie, émanant du comité consultatif institué en vertu d'un arrêté en conseil du 5 février 1942; il est dressé en conformité des instructions précises énoncées dans cet arrêté;

2. Un avant-projet de loi sur l'éducation physique, préparé au ministère des Pensions et de la Santé nationale;

3. Une expertise de ce qu'un programme complet de sécurité sociale coûterait au Canada. Ce rapport a été rédigé, à ma demande, par le conseiller en recherches auprès du Comité consultatif de la restauration.

Le présent Comité a été saisi de ces trois rapports et il pourra les utiliser comme il l'entendra. Sauf en ce qui a trait au principe général du programme d'éducation physique qui est à la base même du bill, ces trois rapports n'ont pas été pris en considération par le Gouvernement. Ils ont été remis au Comité à seule fin de le guider dans ses délibérations sur les sujets d'enquête que la Chambre lui a déférés.

Cependant, en tant que membre de ce Comité, je serais heureux qu'il arrive à formuler, si possible, un rapport contenant:

(*a*) Une étude des diverses mesures de sécurité sociale adoptées par le Dominion et les provinces, une expertise de leur coût et un relevé des nouvelles mesures actuellement à l'étude;

(*b*) Une énumération des champs d'action encore inexplorés, et une estimation des frais éventuellement nécessaires;

(*c*) Une revue des conséquences et du coût d'un plan coordonné, avec mention particulière

1. d'une administration efficace,

2. des économies à effectuer relativement aux mises de fonds et des suggestions sur la manière dont les diverses mesures et les frais peuvent être répartis entre les provinces et le Dominion;

(*d*) Des recommandations relatives aux mesures qui doivent passer en premier.

Puisque j'ai parlé de certaines conjectures contradictoires parues dans la presse, qu'il me soit permis de remercier les journaux et leurs correspondants de l'exposé magistralement clair et complet qu'ils ont publié des déclarations et documents présentés au Comité mardi dernier. Grâce à eux, la population canadienne a maintenant une excellente idée du travail accompli jusqu'à maintenant.

C'est tout ce que j'avais à dire, monsieur le président.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur le ministre.

Maintenant, je tiendrais à appeler l'attention des membres du Comité sur le discours que le premier ministre Churchill a prononcé dimanche dernier. Sans aucun doute, plusieurs d'entre vous, sinon tous, l'avez écouté; en tout cas, les journaux d'hier l'ont reproduit. A mon sens, le sujet de notre enquête se rapproche beaucoup de la situation dont M. Churchill a traité. Nous devrions, ce me semble, nous pénétrer de la portée de cet exposé et suivre les directives que le ministre (l'honorable M. Mackenzie) vient d'énoncer relativement à l'étude des mesures actuellement en vigueur en diverses provinces en vue d'en arriver à une plus grande coordination. La même chose s'applique à la détermination du coût de la répartition des frais.

Ce matin nous entendrons comme premier témoin M. A. D. Watson, actuaire en chef au département des Assurances. Vous avez la parole, monsieur Watson.

M. A. D. WATSON est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, messieurs les membres du Comité spécial de la sécurité sociale, j'ai cru bon de donner la forme écrite à mon exposé car, autrement, il y a tant d'intéressantes digressions à faire que je m'écarterais souvent du sujet et j'éprouverais de la difficulté à y revenir. Je veux m'en tenir le plus possible au sujet principal afin de ne pas abuser de votre temps.

Dans l'espoir de me rendre utile au Comité, je voudrais, si je le puis, dissocier l'expression "sécurité sociale" du fatras d'idées confuses auxquelles elle donne couramment lieu, et vous parler un peu de l'impulsion donnée à la sécurité dans le passé, ainsi que des éléments et des difficultés qui l'ont influencée et qui l'influenceront probablement encore. Puis, j'aimerais dire quelques mots sur les différences fondamentales et sur les avantages et les inconvénients des mesures spécifiques que l'on projette pour parvenir à la sécurité sociale. Enfin, je tiendrais à parler de la priorité qui devrait, semble-t-il, être accordée à l'assurance-maladie au point de vue législatif; je voudrais en exposer les raisons, ce qui m'amènera peut-être à étudier quelques-unes des dispositions de l'avant-projet de loi. Je ne m'attarderai pas à des dissertations prolongées; je me contenterai d'évoquer les principaux points.

Pour faire une étude utile des mesures de sécurité sociale, il importe de définir sans équivoque ce que l'expression "sécurité sociale" signifie aujourd'hui; il importe également de préciser les avantages et les inconvénients des moyens ordinairement proposés pour atteindre un tel objectif.

Manifestement, la sécurité sociale est un attribut, du moins un attribut souhaitable, du milieu dans lequel nous vivons, mais l'emploi même du terme sécurité sociale implique l'existence d'autres catégories de sécurité dans ce milieu. Pour simplifier les choses, classons pour le moment toutes ces autres catégories sous la rubrique de "sécurité générale". Tout d'abord, je passerai en revue très brièvement les progrès de la sécurité générale dans la société humaine, avec l'espoir que cela nous permettra de nous faire une idée plus claire de la sécurité sociale et de la manière dont elle dépend de la sécurité générale. La sécurité générale comprend nécessairement la sécurité nationale, politique, économique, industrielle et civile et, tout au moins dans les pays démocratiques, elle implique l'idée de liberté au sens politique, civil, économique, industriel, social et religieux. Voilà pour la sécurité générale.

Toutes les fois que par suite d'accident, maladie, invalidité, perte d'emploi, ou incapacité de travailler, décès du soutien de famille, vieillesse ou toute autre raison, une personne tombe à la charge, complètement ou en partie, de sa collectivité ou de l'Etat, plutôt que de sa famille ou de ses amis, nous sommes probablement d'accord qu'un problème social se pose. Depuis des siècles, dans la plupart des pays qui passent pour plus ou moins civilisés, ces problèmes sociaux et d'autres ont été traités tant bien que mal dans des institutions publiques et ont fait l'objet de lois sur l'assistance publique et autres lois du même genre. Malgré la nécessité et l'utilité de ces institutions et de ces mesures dans le passé et aujourd'hui encore (réformées, humanisées, modernisées), elles ne constituent pas des mesures de sécurité sociale telles que nous les entendons de nos jours. Mais les mesures adoptées par la collectivité ou par l'Etat en vue de venir en aide d'une manière régularisée, à titre de droit légal et sans perte ou changement de statut civil comme conséquence, à la misère et à la détresse dont souffrent les individus ou les familles par suite des événements imprévus qui menacent notre vie quotidienne, sont appelées aujourd'hui mesures de sécurité sociale, et dans la mesure de leur efficacité elles arrivent à passer pour ce que nous semblons entendre en général par "sécurité sociale".

Il me semble que ce qu'elles ont probablement de distinctif est que tout ce qui tombe sous la rubrique de sécurité sociale devrait comprendre le droit légal sans perte ou changement de statut civil comme conséquence.

En outre, toute mesure susceptible de prévenir les accidents, d'améliorer la santé, augmenter et de régulariser l'emploi, d'instruire les citoyens et d'accroître leur compétence industrielle, leur rendement et leur initiative, contribue également et nécessairement à établir la sécurité sociale. Néanmoins, ces mesures ne semblent pas être considérées de nos jours comme appartenant spécifiquement au domaine de la sécurité sociale; elles peuvent être classées comme mesures de sécurité générale. Le fait est que toutes, ou presque toutes les mesures qui contribuent à la sécurité générale ont en même temps un effet direct sur la sécurité sociale. Par conséquent, pour ramener sous leur vrai jour les problèmes visant l'instauration de la sécurité sociale, il sera avantageux d'examiner d'abord, même très brièvement, les problèmes soulevés jusqu'ici et encore soulevés de nos jours par l'établissement de la sécurité générale.

L'existence continue à travers les âges d'une société humaine plus ou moins bien organisée implique en elle-même la collaboration des êtres humains et par suite un certain degré de solidarité et de sécurité dans le cadre de cette société. La forme et le principe de cette solidarité et de cette sécurité ont dépendu et dépendent encore de plusieurs facteurs et forces intimement reliés et sans cesse changeants; ils sont de fait manifestés par ces forces et facteurs et par leur entremise — comme par exemple l'organisation sociale et politique de l'Etat, le système de propriété foncière et les arrangements pour la culture du sol; les progrès économiques, commerciaux et mercantiles; les conceptions religieuses et les traditions; les perfectionnements pédagogiques, scientifiques et techniques; le progrès dans l'honnêteté, la compétence, l'initiative et la technique de l'admi-

nistration; tout cela résultant des travaux, des intérêts, du génie, des caractéristiques et des dons naturels du peuple même et des facteurs et forces de conditionnement du climat, des ressources géographiques et naturelles. Et dans une mesure vraiment extraordinaire, les affaires humaines ont été conditionnées et façonnées par ce que le langage humain peut seulement appeler des accidents, souvent insignifiants en soi—accidents transformés soit par un heureux hazard ou par le génie naturel du peuple, ou accidents que la collectivité intéressée a trouvés au-dessus de ses forces, peut-être parce qu'elle n'avait pas à sa tête le chef capable de faire face à la situation au moment critique. A côté des expédients fortuits on peut mettre les expédients temporaires qui ont été incorporés de manière permanente dans l'armature politique, économique, industrielle et sociale, et qui, dans certains cas, sont devenus plus utiles que "les meilleurs plans des hommes et des souris" comme dit Shakespeare. On a dit avec raison que "rien n'est plus permanent que les choses provisoires".

Comme preuve de ce que je viens de dire, l'origine du principe par lequel le ministère conseille le roi ou son représentant, dans notre forme de gouvernement, offre un bon exemple. Avant le règne de Georges 1er, le roi présidait le conseil des ministres qui étudiait les affaires d'Etat et arrivait à des décisions. Georges 1er savait si mal l'anglais que sa présence était inutile et c'est ainsi que les ministres prirent l'habitude de siéger sans lui et de l'aviser ensuite des décisions prises; cette habitude est devenue constitutionnelle depuis longtemps comme résultat d'une circonstance purement fortuite. Ce principe est considéré comme clef de voûte, ou une des nombreuses clefs de voûte, de notre forme de gouvernement. Il n'existe probablement pas d'autre base sur laquelle la monarchie et la démocratie peuvent si bien s'accoupler d'une manière durable et au grand avantage de la sécurité. Ceux qui forment des projets de constitution feront bien d'y réfléchir.

Je crois que ce que je viens de dire est exact. Je me rappelle l'avoir lu il y a assez longtemps dans un livre d'André Maurois intitulé "Le miracle de l'Angleterre". Toutefois, si les autorités constitutionnelles présentes ne sont pas d'accord avec moi, je leur serai reconnaissant de me le dire.

A part quelques périodes assez courtes dans l'histoire, l'élaboration de la sécurité a eu à combattre les agitations, luttes, crises et révolutions politiques, industrielles, économiques, religieuses et sociales dans l'Etat; les désaccords et les conflits armées avec les Etats étrangers. Le monde, et plus particulièrement le monde moderne, a été dans un état perpétuel de reconstruction, et cette reconstruction a été généralement accompagnée d'un changement de centre de gravité—il vaudrait peut-être mieux dire "centre de gravité"—à la fois dans les systèmes économiques nationaux et dans le monde en général; et rien ne laisse prévoir que cela finira bientôt ou que cela finira avec la guerre actuelle. Ce que je viens de dire résume brièvement, mais nécessairement en termes très généraux et moins bien que je ne voudrais l'exprimer, les variables de conditionnement parmi lesquels la sécurité à travers le monde, y compris la sécurité sociale, a dû et doit encore être arrachée en quelque sorte, en quelque degré, de l'insécurité et de l'incertitude. En formulant des plans de sécurité sociale pour l'avenir, il serait peut-être bon de ne pas postuler un plus grand degré de sécurité générale pour la prochaine génération que celui dont nous jouissons depuis une génération ou deux.

J'aimerais indiquer ici d'une manière plus précise les moyens par lesquels la sécurité a été jusqu'ici et est encore élaborée.

Quoique la sécurité établie jusqu'ici dans la société humaine ait été nécessairement atteinte grâce à la collaboration de tous les hommes, il est impossible d'exagérer l'importance du fait que chaque individu, en travaillant à sa propre sécurité, a contribué à la sécurité collective et au bien de la société. Tout ce qui affaiblit le sentiment de responsabilité et de volonté de l'individu dans sa lutte pour l'existence pour son propre compte et le compte de sa famille, nuit à son

bien et à celui de la société. Les mesures de sécurité sociale devraient, autant que possible, avoir pour but d'accroître et non pas d'affaiblir la responsabilité et l'initiative individuelles. En somme, l'individu travaille à sa propre sécurité de certaines manières individuelles et personnelles, comme par exemple en prenant soin de sa santé; en acquérant des connaissances et des compétences spéciales qui le rendent utile et débrouillard dans le système social et économique; en faisant des économies et en achetant des biens et des assurances. Aucune de ces choses ne serait naturellement possible ou n'aurait la moindre valeur sans collaboration au sein même de la société.

L'autre facteur important est cette unité relativement communiste qui forme la base de notre soi-disant société individualiste—la famille. Il suffit pour le comprendre de mentionner le rôle d'importance joué par la collaboration et le sacrifice au sein de la famille en vue de gagner la sécurité à travers les âges, de faire face aux privations et aux difficultés, de prévenir le malheur menaçant un membre quelconque du groupe familial. La famille est restée forte et unie parce qu'elle répond, et qu'elle est capable de répondre mieux que toute autre organisation, aux besoins les plus profonds et les plus intimes de l'homme dans les plus graves circonstances. Ceux qui cherchent à remplacer la famille en grande partie par l'Etat, ou affaiblir les liens de famille en faveur de l'Etat, font fausse route à la longue. Ce qu'il faut, c'est encourager et aider la cohésion, la responsabilité et l'effort de la famille pour les rendre plus utiles. Toutes les mesures de sécurité devraient avoir ce but en vue.

Est-ce qu'on m'entend au fond de la salle?

M. McCann: Il vaudrait mieux que vous parliez un peu plus haut.

Le témoin: Depuis les temps les plus reculés, la collaboration a régné dans d'autres groupes naturels de personnes, comme par exemple celles ayant les mêmes métiers, occupation, industrie, commerce, race, religion. Cette collaboration a été parfois organisée et active ou simplement fortuite et principalement une affaire d'entente commune ou d'habitude. La collaboration au moyen de sociétés et organismes ad hoc pour raisons spécifiques, comme par exemple les sociétés et groupes d'ordre fraternel ainsi que les sociétés de secours mutuel, a eu une énorme importance sociale et économique. Les avantages offerts par ces sociétés et organismes ont été généralement d'ordre social. De plus, ces sociétés ont rendu de grands services en donnant à leurs membres des leçons d'autonomie et de responsabilité personnelle, et en leur enseignant à faire les choses d'une manière ordonnée et coopérative. Les sociétés et institutions de bienfaisance publiques et privées ont joué un rôle de plus en plus important.

Les services et avantages qui découlent des entreprises incorporées, qui ne sont qu'une forme différente d'effort coopératif—banques, compagnies d'assurance, et autres établissements financiers; compagnies mercantiles, commerciales et industrielles—ont considérablement accru les moyens d'obtenir du travail et de parvenir à la sécurité.

Finalement, la sécurité a été établie de plus en plus dans la plupart des pays par des lois humanitaires, protectrices et restrictives. Ces lois fonctionnent en général d'une manière si discrète que nous oublions la grande sécurité et les bienfaits sociaux que nous en retirons chaque jour. En outre, il y a eu eugmentation et amélioration dans le grand nombre de services et de facilités que le gouvernement y compris le gouvernement local est le mieux en mesure d'entreprendre, dans l'intérêt général, et dont les plus importants ont pour objet l'éducation et la santé. Et au cours des dernières années, de nombreux gouvernements ont ajouté la sécurité coopérative sous la direction, la surveillance ou l'autorité du gouvernement pour les catégories de citoyens qui ne sont pas en mesure de se protéger de leur mieux contre les grandes vicissitudes humaines, c'est-à-dire les accidents, la maladie et l'invalidité, le chômage, la vieillesse et la mort. En certains de ces domaines la coopération volontaire ou bien ne

pourrait pas fonctionner ou bien pourrait tout au plus fonctionner si difficilement et d'une manière si incomplète qu'elle devrait inévitablement négliger beaucoup d'autres problèmes sociaux de première importance. C'est là le champ d'action, plus particulièrement, des mesures de sécurité sociale.

De ce que j'ai dit jusqu'ici, on peut inférer le rôle considérable de l'action coopérative directe lorsqu'il s'agit de nous protéger contre l'insécurité de la vie.

Quand je souligne l'importance de la coopération, je ne voudrais pas que l'on me considère comme un adepte d'une doctrine politique quelconque.

Bien que l'Etat ait fait beaucoup, directement et indirectement, pour la sécurité et la sécurité sociale, il y a des limites à ce qu'il peut faire lui-même. Je regrette, monsieur le président, d'être interrompu souvent par ma toux; j'ai pris froid et ma gorge est encore embarrassée. On peut définir comme le minimum de ce qui incombe à l'Etat la protection de la vie et des biens, l'administration de la justice à l'intérieur des frontières nationales, et la défense contre les attaques venant de l'extérieur. Quoiqu'en certains pays il y ait eu parfois une tendance à restreindre l'action de l'Etat le plus près possible de ce minimum, il ne semble pas que l'Etat ait jamais, nulle part, réussi à s'en tenir longtemps à cette ligne de conduite. C'est un fait qu'aucun domaine important de l'activité ou des intérêts humains n'a été toujours et partout exempt des interventions de l'Etat. Durant de longues périodes de l'histoire connue, l'action à la fois interne et externe des gouvernements semble avoir été déterminée, pour une grande part, par exemple par les luttes religieuses, par les persécutions de races ou de religions, par la possession du Saint-Sépulcre, par les mariages royaux, par les successions dynastiques, par les conquêtes extérieures, par la possession des colonies, par les privilèges commerciaux et les intérêts dans certaines zones extérieures, par la suprématie des mers, par la piraterie: autant de questions qui se rattachaient assez peu à la sécurité sociale en elle-même ou à la sécurité tout court. Des forces extrêmement complexes, apparemment aveugles et inscrutables parfois, ont déterminé ou guidé impérieusement l'action de l'Etat au cours des âges, et le feront encore longtemps sans doute. Il est donc improbable que la sécurité sociale prenne le pas sur le reste, sauf peu à peu, dans le processus graduel de la construction d'un monde plus sain. En théorie—c'est-à-dire en ne tenant pas compte du dynamisme de l'homme, ou des individus dynamiques, dans l'Etat et en dehors—il doit être possible à une économie relativement complète en elle-même d'arriver à la sécurité et de l'établir en permanence, sur la base des connaissances et des techniques de l'époque, mais ce serait tout au plus une économique statique, une sorte de civilisation insulaire des mers du sud, d'une vitalité très faible.

On ne peut parler autrement que par licence poétique d'un déterminisme progressif continu dans l'établissement de la sécurité humaine. Le mouvement a été celui d'une pendule aux oscillations très amples, et les hommes de toutes les époques ont peut-être considéré leur temps comme le plus incertain de l'histoire humaine. En tout cas, le monde moderne tient de plus en plus à la sécurité, et dans certains esprits la plus forte manifestation de ce désir est de demander que l'ensemble du problème de la sécurité sociale soit confié à l'Etat et qu'il soit institué un système de remises ou de services "adéquats", ou souhaités tels, pour toute éventualité. Il court depuis quelques années une idée, exprimée de diverses façons, selon laquelle l'Etat peut, en quelque sorte, s'installer à califourchon sur son propre dos et s'en aller ainsi vers une sécurité, une prospérité et un bonheur soigneusement préparés. Dans un livre publié il y a environ cinq ans, un professeur d'économie politique exposait ainsi la chose: "La sécurité sociale doit assurer plus qu'une simple protection contre les risques de la vie moderne — elle doit être aussi un concept positif comportant la consolidation des progrès et l'établissement d'une riche vie normale". Cette croyance fallacieuse en la possibilité de gratifier l'individu d'une "riche vie normale" moins par lui-même

et par ses efforts que malgré lui, par l'action de l'Etat, est une erreur capitale. Le mieux que puisse faire la société, c'est d'encourager équitablement l'individu; peut-être ne devrait-elle lui donner qu'une chance de lutter, car la plupart des grands hommes, par toute la terre, ont eu à subir l'adversité et à lutter contre de grands désavantages.

Les problèmes des relations et des choses humaines sont trop complexes pour que le soin de les résoudre soit confié totalement à l'Etat. L'accession à une solide sécurité sociale nécessite des efforts plus multiples que ceux du seul gouvernement national. Il semble que la solution du problème dépende plutôt de l'individu, de la famille, de la coopération privée, des sociétés de bienfaisance et du grand nombre d'organismes stabilisateurs qui travaillent autour de nous. Enfin il y a des aspects du problème que l'Etat est mieux en mesure de résoudre, que l'Etat seul, peut-être, est en mesure de résoudre d'une manière satisfaisante. La limitation des responsabilités que l'Etat peut utilement assumer découle en partie du fait que l'action de l'Etat doit nécessairement se conformer à un système de législation. Mais les besoins de l'homme sont si complexes qu'aucune législation, si flexible soit-elle, ne peut y répondre exactement. Il restera donc toujours beaucoup à ajouter à la sécurité sociale de toutes les autres manières possibles dont nous avons l'expérience.

En préconisant des systèmes sociaux, on peut avoir tendance à parler de la disparition des vieilleries, d'un rajeunissement du système social, de l'aube d'un nouveau jour. Ces slogans peuvent avoir de la valeur, mais à condition de ne pas susciter des espérances ou des émotions injustifiées; mais il ne paraît guère probable qu'aucune méthode, aucune technique, aucun moyen, aucun système ayant été vraiment utile pour donner la sécurité ou un bienfait quelconque à la société puisse jamais être remplacé, ou devenir inutile, dans nos relations humaines toujours plus complexes. Il est plus probable que l'ancien et le nouveau pourront utilement et avantageusement fonctionner ensemble, que ce soit pour leur utilité économique, pour leur valeur d'ornementation ou d'amusement, ou comme sport; et ces dernières valeurs ont aussi un caractère économique. Il est intéressant et significatif—peut-être cela doit-il aussi modérer nos enthousiasmes—que, malgré tous les progrès de la mécanique et de la science, nous nous servons encore de la faucille et de la faux; qu'il nous faut des chandelles quand l'électricité manque; que pour allumer nos cigarettes nous faisons du feu, plusieurs fois par jour, en frottant une pierre tout comme le faisaient les sauvages et comme le faisaient aussi nos pères il n'y a pas un siècle; et que le tir à l'arc existe encore, sous la forme d'un jeu, dans la société moderne. Pour les voyages, le transport et les communications par terre, par eau et par l'air, les anciens moyens et les plus modernes—le canot d'écorce et l'avion géant—trouvent à servir en même temps pour répondre aux besoins de l'homme. Le monde s'appauvrirait en voulant se passer totalement des anciennes manières et des anciens moyens de faire les choses. Je dis tout cela afin de modérer l'illusion facile qui pousse à s'en remettre à l'Etat pour la totalité du problème de la sécurité sociale, et afin de prévenir contre le danger que comporte la destruction de l'ancien en faveur du nouveau. Si l'Etat essaye de le faire, ce sera probablement au prix de pertes économiques, politiques, sociales et morales, aussi bien que d'une perte, à la longue, de sécurité et de liberté.

Vu la complexité sans cesse plus grande de la civilisation en progrès—peut-être devrions-nous dire simplement "de la civilisation moderne"—et vu le progrès qui en résulte dans l'honnêteté administrative, la compétence, l'universalité et la technique, il est raisonnable de compter sur un développement de la législation sociale dans presque tous les pays, à la fois dans ses domaines traditionnels, et dans de nouveaux domaines. N'oublions pas, cependant, que toute législation se comporte un risque d'erreur, et surtout une législation sociale.

La législation sociale, en effet, s'occupe des êtres humains, individuellement et collectivement, dans certains de leurs rapports de vie commune les plus subtilement insaisissable; elle s'occupe d'êtres humains, non pas de producteurs et de consommateurs, d'importateurs et d'exportateurs, de patrons et d'employés, de prolétaires et de capitalistes, d'intellectuels et de travailleurs manuels, de classes laborieuses et de classes concepts, données ou entités sur lesquels sont fondées les études et les conclusions de théories économiques; c'est d'êtres humains qu'elle s'occupe, et des êtres humains, avec leurs loyautés, leurs allégeances et leurs préjugés, avec leurs sentiments politiques, leurs caractères psychologiques et leur fond d'autres traditions, réagiront souvent avec un manque apparent de logique aux mesures sociales adoptées avec les meilleures intentions du monde. Même si la réaction est presque entièrement favorable, notre culture et notre civilisation pourront subir une perte regrettable de responsabilité individuelle et familiale, par la destruction d'un ciment social qui assurait une stabilité et une signification à notre milieu, ainsi qu'un rattachement au passé. L'héritage social et d'autres héritages peuvent facilement être compromis par une mauvaise orientation de la législation sociale. Considérés sous leur aspect mécanique, les phénomènes et les rouages monétaires et industriels, et même nos rapports économiques et sociaux de vie commune peuvent paraître assez simples. Ils sont au contraire extrêmement complexes et difficiles à saisir du point de vue législatif. D'où l'importance de s'assurer que, tout bien considéré, la loi nouvelle constitue un progrès et non pas une régression, ou un écart trop brusque de notre direction acquise.

Une loi sociale peut viser une classe définie de citoyens, ou peut virtuellement concerner la nation entière, comme dans le cas de l'éducation et des mesures d'hygiène, ou peut s'appliquer seulement à ceux qui s'en prévalent volontairement. Quand une loi sociale doit s'appliquer à une seule classe définie, il est d'ordinaire très difficile de délimiter cette classe. C'est l'une des raisons importantes pour lesquelles il est tant préférable de faire payer une contribution spéciale pour chaque catégorie de services ou d'avantages reçus, lorsqu'il est possible de suivre cette méthode. Une contribution spéciale, en outre, a toujours un excellent effet moral.

Lorsque, par exemple, à cause de la vieillesse ou de l'adversité, les ressources d'une personne ne suffisent pas à ses besoins, son entretien peut constituer un lourd fardeau pour sa famille, ses parents et ses amis, et il peut être nécessaire d'avoir recours à la charité privée ou à des sociétés de bienfaisance. Le fardeau tombe donc ainsi, souvent, et au hasard, sur certains membres de la société, qui doivent le supporter d'ordinaire comme une dépense courante et souvent en y allouant des sommes faibles et irrégulières. Au point de vue financier, il n'y a évidemment aucun doute sur la capacité de l'Etat d'assumer la charge du fardeau dont sont ainsi affligés certains individus et de la placer sur les épaules plus larges du contribuable en général, à condition que ce soit vraiment le même fardeau qui soit transféré, et non pas, comme il arrive souvent, un fardeau qui commence à s'accroître isolément dès que le transfert a eu lieu. Un transfert de ce genre peut se justifier par de bonnes raisons économiques, si les difficultés d'ordre administratif inhérentes à ce système particulier ne sont pas trop sérieuses—et cette réserve est importante. Si en effet de bons citoyens suffisamment industrieux et en nombre proportionnellement considérable ne réussissent pas, à l'intérieur de l'organisation économique du pays et avec les avantages auxiliaires qu'elle leur offre, à satisfaire par leurs efforts individuels les besoins de toute leur vie et de leur vieillesse, tandis qu'autour d'eux la richesse nationale s'accroît, il semble qu'on serait justifié de croire, à première vue, que cette classe de citoyens ne participe pas suffisamment au revenu national, ou que les voies et moyens de tirer avantage de la part qu'ils reçoivent leur sont difficilement accessibles, ou qu'ils négligent de tirer parti des moyens à leur disposition.

En tout cas, l'Etat serait tout à fait justifiable d'organiser ou d'encourager leurs efforts individuels, s'il est possible de surmonter les obstacles d'ordre administratif. Malgré ce qui précède, on peut difficilement nier l'avantage de percevoir au moins une forme quelconque de contribution de ceux qui bénéficieront directement d'une loi sociale; et le contribuable moyen n'a pas les épaules aussi larges que nous le croyons parfois.

Peut-être au début, la législation sociale doit-elle se limiter à l'organisation des efforts individuels, par la création de procédés nouveaux, supplémentaires ou perfectionnés permettant d'atteindre, en groupes corporatifs ou coopératifs, et par conséquent, avec un surcroît d'économie, de puissance et de volonté, pourvu que la base soit solide et le champ d'action bien choisi, des résultats plus réguliers, satisfaisants et uniformes, et de supprimer les risques et l'incertitude associés aux efforts individuels diffus, dissipés et d'orientation imprécise. En général et le plus possible, il faut viser à orienter, non pas à supplanter, les efforts traditionnels et habituels des gens. Le champ d'action doit être bien choisi et les plans bien préparés. Tout progrès recherché doit s'harmoniser, au moins dans ses grandes lignes, avec le développement social et économique du pays et avec sa capacité administrative. Il est dangereux de tendre vers la norme désirable de bien; il faut plutôt tendre vers la norme applicable économiquement, celle qui est susceptible d'être acquise et bien administrée. Essayer davantage serait tenter l'inauguration et le maintien d'une mauvaise situation économique à l'intérieur de l'Etat.

Un point de départ raisonnablement sûr pour tout projet de législation sociale serait de projeter une dépense à peu près égale à celle de la catégorie ou du groupe intéressés au service ou à la prestation selon son propre mode plus irrégulier et gaspilleur. (En passant, c'est approximativement ce qu'on se propose de dépenser pour l'assurance-maladie; il ne s'agit pas de quelque dépense extraordinairement nouvelle, mais bien de la somme dépensée par les personnes de toutes les classes sociales, pour l'assurance maladie). Bien que la norme puisse ne pas être élevée, si on l'atteint, elle constituera une base utile et solide sur laquelle pourront s'édifier avec un meilleur espoir de succès les initiatives individuelles et familiales. Quand un plan de prestations sociales est bien établi, il est relativement facile d'en hausser les normes si cela paraît praticable et opportun. Si l'on se lance dans un projet trop ambitieux dès le début, il est susceptible de s'écrouler de lui-même ou d'empirer la situation de ceux qu'on se propose d'assister, comme, par exemple, les plans de démolition de taudis qui prévoient leur emplacement par des logements dont le loyer est trop fort pour les anciens occupants, d'où la construction de taudis ailleurs. Si par l'aide de l'Etat ou autrement, les avantages que doit retirer la catégorie devant être assistée ne vont pas de pair avec le système économique en général, un accroissement du nombre de ceux de la catégorie favorisée peut s'effectuer par le transfèrement à celle-ci d'où une certaine compensation des avantages prévus pour elle, par les plans d'assurance-chômage, par exemple. Si les prestations devenaient considérables, les conséquences pourraient en être très graves.

Il est inévitable qu'une loi amenant une grande perturbation pour une grande catégorie de citoyens, si bien mûrie soit-elle, dérange nécessairement les modes de services, les fonctions, les traditions et les habitudes. Le bouleversement résultant d'une modification volontaire vraiment soudaine dans les habitudes sociales et économiques ou les genres de besoins ou leur satisfaction ne serait pas moins grave que les changements amenés par la loi. Cela démontre l'importance d'éviter tout bouleversement inutile.

En tant que norme objective concrète du mode de fonctionnement du progrès social dans certains, sinon dans tous les domaines, dans la mesure où le progrès est susceptible d'aide par l'Etat, peut-être l'extension de l'éducation par celui-ci

est-elle, somme toute, un guide aussi sûr que tout autre, nonobstant les critiques fondées qu'on peut porter contre cette extension et son status actuel. Jadis l'éducation était entièrement à la charge de l'individu et de la famille; elle l'est encore pour une grande part, et pour être efficace, elle doit toujours leur incomber. L'éducation d'Etat n'est que le prolongement du rôle éducatif de la famille. L'Etat n'a jamais tenté de prendre à son compte même l'ensemble de l'éducation conventionnelle applicable à qui que ce soit, ni à diriger toutes les maisons d'éducation dans ses frontières. L'éducation d'Etat n'a jamais été "adéquate" à bien des égards, mais néanmoins elle a généralement fourni une base sur laquelle l'initiative et l'esprit de ressources individuelles et particulières pourraient édifier avec une meilleure perspective de succès. C'est peut-être là le plus que pourra tenter l'Etat dans la plupart des domaines sociaux d'ici longtemps. L'éducation d'Etat a généralement été également accessible au riche et au pauvre, mais elle est plus précieuse à ce dernier en ce que sans elle, il pourrait ne recevoir guère d'éducation. Il s'est produit dans ce domaine un essor graduel, parfois incertain, à partir de l'enseignement élémentaire sous une forme rudimentaire. Les progrès réalisés étaient fonction des aménagements matériels que la population pouvait se procurer, ainsi que de la qualité du personnel enseignant disponible. Aujourd'hui dans certains pays l'enseignement supérieur des élèves les plus doués est aidé dans une telle mesure qu'il est quasiment gratuit. Dans les écoles primaires et secondaires, les livres, etc., sont fournis gratuitement et les nécessiteux obtiennent gratuitement le lait et le déjeuner. Les facteurs concrets qui entrent dans la solution des problèmes de l'éducation d'Etat à tous ses stages — professeurs qualifiés, édifices, aménagements et frais convenables — ont toujours donné des idées réalistes aux responsables de la politique d'éducation. Mais lorsque la solution appropriée de tout problème social est conçue en termes de paiements monétaires, surtout si le gouvernement national doit trouver les fonds pour quelque objectif dans un avenir éloigné comme, par exemple, pour les pensions de vieillesse, il y a danger d'avoir des idées nébuleuses en matières économiques fiscales ou de n'en pas avoir du tout. Les personnes qui ont d'habitude des idées tout à fait réalistes sur le financement des écoles, de l'église ou du gouvernement local, peuvent citer avec un enthousiasme épique les pouvoirs illimités de taxation du gouvernement national comme justification pour lui imputer tous les frais des problèmes sociaux, afin que le particulier obtienne "une vie normale abondante".

En m'appuyant en quelque sorte sur ce que j'ai déjà dit, j'aimerais maintenant analyser brièvement les caractéristiques des deux genres de mesures ordinairement mises de l'avant de nos jours pour arriver à la sécurité sociale plutôt qu'à la sécurité générale, à savoir, (1) l'établissement de caisses d'assurance sociale pour les personnes assurées contre la misère, et (2) le soulagement des miséreux à même les fonds publics en cas de réel besoin. Lorsque la deuxième méthode est établie sur une base entièrement régularisée elle est plus communément appelée "assistance publique", mais le principe en est le même bien que les vues et la technique administratives puissent beaucoup différer.

Dans certains milieux l'emploi des expressions "sécurité sociale" et "assurance sociale", et peut-être "assistance publique", est si confus que les deux premières au moins semblent être employées l'une pour l'autre, et que les deux dernières le sont sans que l'on tente d'indiquer leurs différences fondamentales. Avec une telle confusion, il est impossible d'en venir à des conclusions de quelque utilité sauf par hasard. Comme je viens de l'indiquer, l'assurance sociale et l'assistance publique sont des moyens, mesures ou essais essentiellement différents grâce auxquels on peut arriver à établir la sécurité sociale, ou un certain degré de sécurité sociale. Il est d'importance primordiale de comprendre les caractéristiques essentielles de chacune de ces mesures, non pas parce qu'une offre la bonne solution plutôt que l'autre, ou que la première doive être préférée

à l'autre, mais afin de pouvoir compter sur une mesure appropriée pour chaque fin particulière dans chaque circonstance. Je vais d'abord analyser les caractéristiques de la deuxième méthode.

D'après celle-ci, les niveaux de prestations dans toute catégorie définie, que ce soit dans les cas de maladie, chômage, veuvage, invalidité, vieillesse..., et les circonstances détaillées selon lesquelles chaque classe de prestations peut être payée peuvent être définies en termes précis.

Il peut y avoir en outre une disposition générale pour le soulagement des cas de dénuement réel qui n'entrent dans aucune des catégories de prestations précises. Les preuves de besoin peuvent varier pour chaque sorte de prestation; ainsi l'examen des ressources relatif aux prestations de vieillesse peut différer de celui qui sise les prestations-maladie ou chômage. Si les critères sont les mêmes pour chaque catégorie de prestation, le plan tendra probablement à devenir ce que nous entendons par "secours publics" plutôt qu'"assistance publique", c'est-à-dire, qu'il n'y aurait pas de catégories précises de prestation; le but serait de soulager la misère quelle qu'en soit la cause.

D'après les mesures de secours ou d'assistance publics, les seules personnes à considérer au point de vue administratif, sont celles qui demandent des prestations, et le principal problème administratif consiste à déterminer le degré d'indigence dans chaque cas et accorder la subvention appropriée selon les règles. Il est vrai que d'après des plans de secours plus sévères, les prestations peuvent être en nature ou partie en nature. En raison des résultats obtenus dans le passé avec les mesures d'assistance au Canada, la technique de l'organisation, de l'administration et de la surveillance, soit du soulagement du chômage, ou de l'assistance publique, est assez largement et assez bien comprise. Ces mesures pourraient probablement être appliquées rapidement en cas d'urgence, presque aussi rapidement en fait que les fonds publics pourraient devenir disponibles.

D'après de telles mesures qui sont destinées à être permanentes dans l'armature de la sécurité sociale, comme, par exemple, d'après notre plan de pensions de vieillesse, le fait de tenir compte des ressources du particulier dans la réduction de sa prestation tend à faire disparaître tout stimulant à l'épargne chez ceux qui croient probablement devoir relever du plan, ou, s'ils font des économies, certains d'entre eux trouveront probablement le moyen de disposer de leurs biens pour se rendre techniquement capables de participer aux prestations. Il est manifestement peu satisfaisant qu'un prétendant à une prestation, en vertu d'une mesure de sécurité sociale, soit poussé ou encouragé par les conditions de participation, à assumer l'apparence de la plus grande pauvreté possible afin d'obtenir une prestation ou le maximum de prestation.

De fait, en Nouvelle-Zélande toutes les prestations en espèces en vertu de la sécurité sociale sont du type de l'assistance publique. Il existe des preuves de moyens d'existence pour toutes ces prestations, à l'exception de la pension de vieillesse universelle, qui existe depuis longtemps.

A proprement parler, ses mesures de sécurité sociale ne comportent pas d'assurance. Incidemment, il en était ainsi d'après le plan de pensions de vieillesse en Grande-Bretagne de 1908 à 1925, époque à laquelle elles furent placées sur une base contributoire. Maintenant, la plus grande proportion des personnes qui reçoivent ces pensions de vieillesse en ont acquis le droit par leurs contributions.

Par ailleurs, l'assurance sociale, comme toute autre assurance, est un moyen par lequel, en vertu du paiement de primes ou de contributions à une caisse, la protection est assurée contre certaines incertitudes futures auxquelles sont constamment exposés les contributeurs. Les incertitudes contre lesquelles on peut s'assurer d'après l'assurance sociale peuvent être, par exemple, le chômage, la maladie, l'invalidité, la vieillesse, la mort. Les circonstances dans lesquelles une prestation sera payée dans chaque cas, et la somme de la prestation, doivent

pour les fins d'assurance être définies clairement, afin de pouvoir déterminer en cas de réclamation, si l'éventualité faisant l'objet de l'assurance s'est produite et quelle est la prestation à payer dans ce cas. Aucun malheur susceptible d'arriver à l'assuré en sus des éventualités contre lesquelles il s'est protégé ne peut lui valoir de prestation. Une caisse d'assurance sociale ne fait pas partie des fonds publics; elle existe uniquement pour la protection des assurés, comme toute autre caisse d'assurance.

On ne saurait convenablement décrire l'assurance sociale, contrairement aux autres assurances, comme un moyen d'effectuer une nouvelle répartition du revenu existant, ou comme le transport du revenu du plus riche au plus pauvre; c'est plutôt un moyen de répartir la perte ou le fardeau des malheurs, parmi tout le groupe assuré. De cette manière, le revenu de ceux qui souffrent des pertes peut être maintenu jusqu'à un certain point. Mais envisager la caisse d'assurance sociale comme un moyen d'obtenir une nouvelle répartition du revenu c'est faire entièrement fausse route et s'engager sur le chemin de la confusion. Etablir un plan d'assurance sociale avec cet objet en vue serait perdre de vue tous les bons principes et le but de l'assurance sociale. Il est vrai que l'Etat peut y contribuer à même les impôts généraux, mais il ne le fait certainement pas afin d'effectuer une nouvelle répartition du revenu. Par exemple, dans l'assurance-chômage, la contribution du Trésor n'égale que le sixième de la contribution globale, ce qui n'est probablement pas plus que les prestations indirectes que l'assurance-chômage apporte aux contribuables en général. Mais à tout événement elle ne peut avoir aucun effet important dans la nouvelle répartition du revenu. L'assurance sociale ne consiste pas à créer une caisse où les personnes dans le dénuement peuvent puiser selon leurs besoins; c'est plutôt une caisse à même laquelle, dans certaines éventualités bien déterminées, des prestations précises sont payables aux assurés ayant contribué à la caisse et subi une perte ou un malheur en raison de ces éventualités.

Les questions de sécurité sociale sont maintenant d'ordre international, mais il faut les examiner de très près avant de les accepter comme doctrines saines, et lorsqu'elles sont énoncées en langage poétique, il vaut mieux les traduire en prose pour en faire l'étude. Dans son récent rapport, le *National Resources Planning Board* des Etats-Unis plaide en faveur d'une "économie dynamique", et il affirme qu'au cours de l'histoire "les trois facteurs: démocratie, économie dynamique et paix, n'ont jamais été réunis dans un seul système politique." "Economie dynamique" veut dire une économie qui "donne des résultats". De toute façon, l'assurance sociale, comme les autres assurances, n'a aucun caractère dynamique, bien au contraire. Le but de l'assurance est d'inspirer la confiance, la certitude et la sécurité, sans lesquelles les affaires et les entreprises commerciales ne peuvent certainement pas "donner de résultats". Il n'est pas établi que la sécurité sociale bénéficiera d'une économie dynamique, quelle que soit la conviction des partisans de celle-ci.

Puisqu'il faut payer des contributions pour parer à l'imprévu, il est essentiel que toute personne assurable soit identifiable à l'avance, ce qui permettra de percevoir sa contribution directement ou de l'obtenir de quelque autre façon. Puisque les contributions pour parer à l'imprévu seront obligatoires, il faudra absolument éviter toute enquête sur la situation ou les moyens de la personne assurée lorsqu'elle réclamera une indemnité. Il suffira de savoir si le réclamant était en règle sous le rapport de son assurance au moment de l'événement imprévu. Ainsi, les demandes d'indemnité seront réglées d'une façon beaucoup plus simple que dans le cas de l'assistance publique, et la personne assurée recevra l'indemnité à laquelle elle a droit par suite des contributions qu'elle aura versées, sans être obligée de s'humilier en révélant sa situation ou ses moyens, ou ceux de sa famille; et si elle a été capable de mettre quelque chose de côté, tant mieux pour elle en cas de malheur.

D'après les opinions exprimées, il est certain que le problème de mettre en vigueur un projet d'assistance publique est beaucoup plus simple et peut se résoudre beaucoup plus rapidement que l'exécution de projets d'assurance sociale. Lorsqu'il est praticable d'établir l'assurance sociale, mais que l'assistance publique lui est substituée, on rencontre souvent l'objection fondamentale que celle-ci tend à décourager l'économie. En outre, l'enquête sur les moyens d'existence froisse le requérant et constitue une tâche désagréable pour ceux qui accordent l'indemnité. Toutefois, lorsqu'il s'agit de faire face à l'imprévu, il ne serait pas pratique de négliger certains moyens employés dans l'application de l'assistance publique; et même avec un système d'assurance sociale aussi complet que possible, il surviendra toujours des cas de malheur qui ne seront pas prévus par l'assurance.

Dans la plupart des projets d'assurance, les problèmes d'organisation et d'administration sont très difficiles, et ils ne devraient être abordés qu'avec le plus grand soin. Chaque projet d'assurance sociale présente ses propres problèmes qu'il faudra étudier attentivement au point de vue administratif en ce qui a trait aux mesures préliminaires, aux perspectives et au fonctionnement. Il y a une différence fondamentale et absolue entre les questions qui touchent l'assurance-chômage, par exemple, et celles qui concernent l'assurance-maladie. En outre, un contrat d'assurance à long terme, prévoyant, par exemple, une pension de vieillesse contributoire ou une indemnité de décès, soulève d'autres questions, du seul fait qu'il est à long terme. En premier lieu, une fois que, conformément aux dispositions d'un tel contrat des contributions ont été versées, pour très peu de temps, les droits acquis rendent ce contrat irrévocable, et il n'en est pas ainsi dans les contrats à court terme. Le seul moyen, d'améliorer les contrats d'assurance sociale à long terme, c'est à augmenter les contributions de l'Etat; il faut donc, dès le début, être prudent dans l'établissement des conditions. Les contrats à long terme soulèvent aussi la question des fonds accumulés et de leur placement. Les opinions varient sur ces questions, surtout à cause des malentendus, mais si ces malentendus ne cessent, les projets risquent d'être établis sur une fausse base. Il suffira peut-être de dire que lorsque le gouvernement, à part ses entreprises financières courantes pour ses besoins annuels se lance dans des entreprises comportant fiducie, il devrait les faire administrer à part, comme s'il s'agissait d'une compagnie distincte. Ceux qui prétendent qu'il n'y a aucune différence entre les deux façons de procéder n'opposeront pas de raisons valables à l'adoption d'un système basé sur la fiducie.

Les problèmes de chaque projet d'assurance sont tellement complexes et variés qu'il n'est pas possible quoi qu'on dise, de commencer avec succès l'application de tous les projets, ou même de plusieurs, sous une seule administration. Ceux qui essayeront le regretteront longtemps lorsqu'ils se seront rendu compte qu'ils ont mal commencé. Je ne veux nullement décourager l'étude de tous les projets d'assurance sociale qui seront jugés opportuns, mais je tiens à affirmer que certains projets devront naturellement passer avant d'autres. Je reviendrai sur ce point. Il ne faut pas penser qu'à tout bout de champ un projet d'assurance sociale peut être déraciné et planté de nouveau avec quelques changements; il devrait être examiné et établi comme un organisme permanent du système social et économique.

Pour illustrer quelques-uns des points que j'ai traités relativement à l'assurance sociale, examinons le cas de l'assurance-chômage. La Loi sur l'assurance-chômage a été adoptée le 7 août 1940. Son plan général et sa méthode d'administration imitaient de très près la loi britannique. Le plan d'organisation et d'administration de la loi britannique était bien compris et avait paru en détail dans plusieurs publications. Néanmoins, au Canada, ce n'est qu'à la suite d'efforts presque surhumains que la Commission fut prête à commencer le prélèvement des contributions le 1er juillet 1941, onze mois environ après l'adoption de la loi. Mais le prélèvement des contributions ne constitue qu'une partie,

sous certains rapports une petite partie, et non la plus difficile, des problèmes soulevés par l'administration de l'assurance-chômage. Il y a aussi le travail de placement, le paiement d'indemnités, les inspections, etc. Le travail de placement était bien compris grâce à l'expérience des bureaux de placement, de sorte que ce domaine n'était pas tout à fait nouveau.

Quant aux réclamations en vertu des dispositions que contient la loi relativement aux indemnités, une personne assurée n'a droit à une indemnité qu'après avoir contribué pendant 180 jours. Donc, conformément à la loi, aucune réclamation ne pouvait être présentée avant le mois de février 1942, et depuis lors, il y en a eu relativement peu. De cette façon, l'administration a eu l'occasion d'apprendre, peu à peu, comment régler les réclamations et tout ce qui s'y rattache. On peut dire que l'assurance-chômage a été mise en vigueur dans des circonstances favorables et que les difficultés étaient réparties sur une période de temps considérable. Néanmoins, il est probablement vrai que plusieurs années s'écouleront avant que les problèmes administratifs ne deviennent une routine raisonnablement satisfaisante. Voilà les obstacles au succès de l'exécution d'un aspect de l'assurance sociale.

Par ailleurs, ce que je viens de dire démontre que la mise en vigueur d'un projet d'assurance-chômage n'est pas le moyen à prendre pour parer à une crise de chômage. Un tel projet ne serait en état de soulager le chômage qu'après trois ou quatre ans.

Il y aurait d'assez bonnes raisons pour que la Commission d'assurance-chômage s'occupe d'administrer, au bénéfice des personnes qui ont droit à l'assurance-chômage, l'assurance contre les pertes de temps dues à la maladie (prestations en argent). Je ne dis pas qu'elle devrait en être chargée. Je me sers de cela comme exemple. Mais les problèmes d'organisation et d'administration de l'assurance-maladie, surtout ceux qui se rapportent au règlement des réclamations, sont tellement différents des problèmes d'organisation et d'administration de l'assurance-chômage, que si la Commission d'assurance-chômage avait entrepris les deux projets d'assurance en même temps, je suis convaincu qu'elle se serait perdue dans la confusion et la multiplicité des problèmes et des intérêts opposés qu'elle aurait eu à envisager. C'est une chose que de consolider deux projets distincts d'assurance sociale qui sont en vigueur depuis quelques années; c'en est une autre que de lancer en même temps et sous une seule administration deux projets ou plus. Cela ne semble pas être compris du tout, ou pas suffisamment.

En Grande-Bretagne, il a été proposé de centraliser sur une grande échelle. Là, les projets sont bien établis, et leur administration est bien comprise. Il est tout à fait différent de songer à la centralisation avec un personnel inexpérimenté en matière d'administration.

Quand l'administration de l'assurance-chômage sera plus solide, il sera temps d'entreprendre l'administration de l'assurance-maladie, si à cette époque il paraît opportun d'administrer ensemble l'assurance-maladie et l'assurance-chômage. Je n'affirme pas qu'il sera opportun de le faire; ce n'est pas à moi à me prononcer sur cette question; j'illustre seulement un aspect des projets d'assurance. On peut croire avec plus de raison que les salariés qui ont droit à l'assurance-chômage devraient aussi avoir droit à l'assurance-maladie dans le cas où cette dernière mesure serait adoptée. Si cette opinion était acceptée, le mécanisme de la Commission de l'assurance-chômage ne serait pas suffisant pour percevoir les contributions.

Il en est de même des pensions de vieillesse contributoires. Il ne m'appartient pas de dire, si nous devrions en avoir ou non, mais dans les 35 dernières années il y a eu, en faveur de ce projet, plusieurs déclarations dont la plus importante et la plus concluante a été émise en 1933 par la Commission de l'assurance sociale du Québec. Non seulement elle a fermement appuyé les pensions de vieillesse contributoires, mais elle a déclaré que "toute loi qui ne

s'occupe pas des habitants des campagnes, surtout une loi de retraites-vieillesse qui néglige cet aspect, peut être qualifiée d'injuste." En outre, elle a déclaré que l'Etat devrait payer la contribution du patron pour le compte de l'agriculteur.

Incontestablement, un projet de pensions de vieillesse limité aux salariés ne peut donner satisfaction au Canada aujourd'hui. En conséquence, il s'agit d'obtenir des contributions de personnes autres que les salariés. Il n'est pas probable qu'il soit jamais praticable d'établir un projet de pensions de vieillesse indépendant, puisque la plupart des gens ne pensent pas à la vieillesse avant d'avoir atteint 45 ou 50 ans. La jeunesse suppose toujours qu'elle aura un revenu raisonnable lorsqu'elle atteindra la vieillesse. Donc, il semble que la résistance à l'établissement d'un projet de pensions de vieillesse indépendant et bien fondé serait tellement forte, qu'au point de vue politique, un tel projet ne serait pas praticable. La même objection ne se pose pas dans le cas de l'assurance-maladie, car elle intéresse les personnes de tout âge. A l'exclusion de toutes autres raisons qui militent en faveur de l'application de l'assurance-maladie aux régions rurales aussi bien qu'aux zones urbaines, aux salariés et aux non-salariés, de l'établissement d'une assiette pour la perception des contributions des individus assurés contre la maladie, c'est exactement ce qu'il faut pour un plan contributoire de pension de vieillesse. Cela semble donc donner la priorité à l'assurance-maladie en ce moment. Il convient de remarquer, sous ce rapport, que le plan de sécurité sociale de sir William Beveridge s'établit sur trois considérations: (1) les allocations pour enfants, (2) des services de santé et de rétablissement, et (3) le travail régulier. Cela confirme l'assurance-maladie dans la position de priorité qu'elle occupe parmi les assurances sociales.

Il y aurait aussi lieu de considérer avantageusement le problème de la mise en vigueur de l'assurance-maladie, car on peut supposer que si le bill projeté était voté à la présente session, nous devrions presque nous attendre à une mise en vigueur immédiate de l'assurance-maladie. Mieux nous connaîtrons ce dont il s'agit, mieux nous pourrons faire face aux problèmes; et autant vaut d'affronter ouvertement les buts à atteindre dès maintenant si nous devons espérer voir l'adoption de l'assurance-maladie se réaliser dans un avenir assez rapproché. Je vous ai déjà donné une idée du temps que nous avons dû consacrer à la mise en œuvre de l'entreprise infiniment plus simple et plus restreinte de l'assurance-chômage, entreprise dont la réalisation pouvait s'établir sur des modèles bien connus et, pour la plupart, depuis longtemps à notre disposition.

L'assurance-maladie s'appliquera à toute ou presque toute la population, quoique, probablement, elle ne sera mise en vigueur que dans une province à la fois. Du point de vue du nombre d'assurés, quelques-uns des problèmes d'ordre administratif seront quadruplés ou quintuplés si on les compare à ceux de l'assurance-chômage, mais cela n'indique aucunement les vraies conséquences en jeu. L'assurance-maladie étendra ses effets au peuple tout entier et jusque dans ses intérêts les plus intimes; et de même, peut-être davantage, elle atteindra les professions et les hôpitaux intéressés, avec son apport de prestations. En conséquence, il importe de confier l'application de cette loi aux compétences les plus exercées. Le problème du recouvrement des contributions des salariés restera presque identique à celui que pose l'asurance-chômage, mais il s'accroîtera de près de 50 pour cent quant au nombre des asurés. Cette modalité technique est bien établie. Pour les personnes autres que les salariés, toute la technique des contributions doit être échafaudée de toutes pièces, car elle ne semble pas avoir été étudiée dans aucun autre pays. Néanmoins, elle doit être échafaudée sur les bases indiquées dans l'avant-projet du bill, ou sur d'autres bases susceptibles d'amener aux mêmes résultats, non seulement à l'égard de l'assurance-maladie, mais aussi des autres systèmes d'assurance, s'il est dit que nous devrons en avoir. Il semble que l'assurance-maladie, soit le carrefour d'où rayonnent ces questions de grande envergure. Si nous ne trouvons pas de

solution pratique à l'assurance-maladie, il sera impossible d'étendre les méthodes d'assurance sociale aux pensions de vieillesse, aux allocations maternelles, aux pensions d'invalidité—sauf aux salariés sous l'assurance-chômage—ce qui, au mieux, nous impose des limitations strangulatrices.

Les prestations d'assurance-maladie se rangent sous cinq rubriques différents:

(1) Prestations médicales, chirurgicales et obstétricales;
(2) Prestations dentaires;
(3) Prestations pharmaceutiques;
(4) Prestations hospitalières;
(5) Services de gardes-malades

A chacun de ces titres, la Commission d'assurance-maladie de chaque province devra effectuer des ententes avec les hôpitaux et chacune de ces quatre professions pour la répartition des prestations. Ces ententes devront être ratifiées par des règlements ayant force de loi. L'élaboration de ces ententes et la rédaction des règlements nécessaires réduiront à des proportions tout-à-fait insignifiantes le travail qu'entraîneront la préparation et la rédaction de l'avant-projet du bill d'assurance-maladie présenté au Comité le 16 courant. En Grande-Bretagne, il a existé depuis trente ans une assurance-maladie, limitée, toutefois, aux prestations médicales et pharmaceutiques. Les règlements régissant ces prestations, récemment publiés en volume, couvrent à eux seuls plus de 100 pages de format 9½ x 10, d'un texte imprimé en caractères de dix points. Il est évident, je crois, qu'ils ne peuvent guère être écourtés car l'Irlande du Nord a aussi ses règlements qui prennent près de soixante-quinze pages. Ces règlements seront probablement fort utiles en regard des prestations envisagées, mais nos propres besoins nous mèneront bien au delà de ces prestations. En surplus, il y a le problème que l'on peut appeler celui de la direction administrative de l'assurance-maladie, qui doit être réglé minutieusement avant l'entrée en vigueur du programme.

Nous avons toujours eu l'intention de confiés, aussitôt que possible, aux comités des associations professionnelles du dominion et des hôpitaux, travaillant de concert avec les préposés du ministère des Pensions et de la Santé nationale, l'élaboration des règles et règlements, et de l'organisation administrative, soumettre aux provinces pour qu'elles s'y conforment ou les adaptent à leurs besoins particuliers. Ce procédé devrait avoir pour effet d'alléger le travail qui incombe aux provinces et de hâter la mise en exécution de l'assurance-maladie.

Je vous ai déà démontré qu'en ce qui concerne l'assurance-chômage, les problèmes administratifs s'étaient développés, pour ainsi dire, graduellement. Il s'est présenté de nombreuses occasions d'en élaborer la technique et les modalités après la mise en vigueur du programme, et ce processus se continue encore. Pour ce qui est de l'assurance-maladie, le plan intégral doit être mis à pied d'œuvre dès que les contributions commencent à affluer à la caisse, ou dans un bref délai après les rentrées. Cet exemple devrait suffire à vous montrer jusqu'à quel point le programme entier de la mise en vigueur doit être préparé et compris par tous, avant même d'en entreprendre l'exécution. Toutes les mesures, tous les règlements et modalités de procédure doivent être élaborés longtemps à l'avance de manière que tous les intéressés puissent connaître les rouages des nouveaux agencements. Il faudra longuement expliquer les modes de procéder. Pour cette raison, il semblerait superflu de vous mettre en garde contre les risques de vouloir simultanément mettre en vigueur tout autre système d'assurance sociale. Toutefois, il n'y aurait pas strictement lieu d'être aussi prudent s'il s'agit simplement d'établir un système de perception des cotisations relatives à un autre genre d'assurance parallèlement avec les cotisations de l'assurance-maladie, cotisations qui seraient versées à un autre pouvoir

administratif. Il en serait ainsi des cotisations pour les pensions de vieillesse qui seraient versées au Dominion. Pourtant, jusqu'à l'époque de mise en vigueur de l'assurance-maladie, dans chaque province, il ne serait guère opportun de commencer l'encaissement de cotisations destinées aux caisses de pensions de vieillesse.

En signalant l'envergure des problèmes futurs intimement liés à l'établissement de l'assurance-maladie, nous avons voulu laisser entendre, non pas qu'ils étaient trop ardus à envisager, mais plutôt qu'il fallait leur faire face avec une résolution irréductible de la part de tous les intéressés, sans quoi, en toute probabilité, l'assurance-maladie ne pourrait jamais voir le jour. Il ne faut certainement pas s'attendre à glisser dans la béatitude de l'assurance-maladie uniquement du fait que le Dominion aurait promulgué une loi établie selon le bill projeté.

Quant à l'avant-projet de loi, le ministre et le Dr Heagerty en ont expliqué les dispositions d'une façon générale, et un mémoire explicatif a été distribué; alors, il ne semble guère utile au point où nous en sommes rendus, de revenir sur des choses déjà vues. Le seul moyen effectif de bien comprendre une loi, c'est de la lire. Sortant des mains habiles de M. Gunn, l'avant-projet est un monument de clarté. Je suis certain que vous trouverez plaisir à le lire. Il existe un point important à considérer dans toute mesure de cette espèce, et c'est que de tout centre de départ rayonnent des routes différentes. D'aucuns peuvent s'engager sur celle qui, à ce point, offre les meilleures perspectives, mais cette route pourrait bien ne pas être la bonne. Ce n'est qu'en considérant l'opération dans son ensemble, le plan et tous ses aspects, que l'on peut bien choisir le chemin à suivre. Et, comme nous l'avons déjà indiqué, en ce faisant, nous devrions peut-être tenir compte d'autres systèmes d'assurance sociale qui pourraient suivre. Ce plan n'est qu'une des alternatives de la production en série de projets d'assurance sociale.

En ce moment, avec votre permission, monsieur le président, j'aimerais illustrer ce que j'ai dans l'idée par une petite histoire—strictement confidentielle, s'il vous plaît.

Le PRÉSIDENT: C'est bien. Allez.

(Le témoin raconte son histoire).

Le TÉMOIN: A la séance de vendredi, un membre a posé certaines questions de nature actuarielle. En réalité, il n'est pas question de procédés actuariels dans l'assurance-maladie. La plupart des assurances n'entraînent pas de questions actuarielles, il s'agit plutôt là de statistiques. Naturellement, l'actuaire a sa raison d'être dans les contrats d'assurance à long terme—assurance-vie, caisse de maladie, d'invalidité et de pension. Il existe, cependant, un point important, et cela touche à notre souci de stabilité financière. En général, le coût de l'assurance-maladie par tête devrait être assez stable. En conséquence, une cotisation uniforme par tête favorisera la stabilité financière, et c'est important. C'est ce que le projet de bill propose.

Je vous remercie, monsieur le président et messieurs.

Le PRÉSIDENT: Y a-t-il quelques questions?

Mme CASSELMAN: Monsieur le président, on a fait allusion au rapport du *National Resources Planning Board*. Je me demande s'il serait sage de l'obtenir ou s'il est disponible.

L'hon. M. MACKENZIE: Je l'ai déposé à la dernière séance.

M. Wood:

D. Je voudrais vous poser une question, monsieur Watson. Vous avez parlé de la base de perception des cotisations exigibles des habitants des régions rurales aux fins de divers plans de sécurité sociale. A-t-on jamais songé à utiliser les services locaux des municipalités à ce propos? Naturellement, dans

les municipalités rurales le nombre des habitants reste assez constant, mais je crois que ces dernières comptent toujours une certaine population flottante. Il me semble que les municipalités se tiennent en rapport beaucoup plus immédiat avec le peuple que toute autre forme d'organisme. Afin de réduire les frais administratifs, je me demande s'il ne serait pas opportun d'apporter quelque attention à l'étude d'un tel moyen?—R. Cette question est très à propos. En réalité, l'avant-projet de loi prévoit l'établissement de règlements à l'effet que, si un cotisé ne paie pas ponctuellement, son cas peut être passé à un percepteur de la municipalité. Ce procédé ne s'appliquerait, je crois, qu'à ceux qui possèdent des biens au sein de la municipalité; toutefois, suivant le plan qui a été dressé, on pourra toujours contourner.

Le PRÉSIDENT: Y a-t-il d'autres questions? Le Dr Heagerty est ici. Si on veut l'interroger il se fera un plaisir de répondre.

M. WARREN: Aurons-nous une copie du discours que le Dr Heagerty a prononcé il y a quelque temps?

Le PRÉSIDENT: Oui. Certains membres du Comité ont proposé au président que cette semaine et la semaine prochaine, nous ne siégions qu'une fois. On a allégué que certains membres n'avaient pas eu le temps de lire et d'analyser les divers rapports et dossiers qui ont été soumis, et, qu'en conséquence, ils demandent à ne siéger qu'une fois cette semaine et la prochaine. C'est la décision du Comité, non la mienne.

M. CÔTÉ: Très bien.

Le PRÉSIDENT: Nous avons une tâche ardue devant nous. Nous ne devons perdre aucune occasion de nous réunir.

M. CÔTÉ: Conviendrait-il de présenter une résolution à cette fin, monsieur le président?

Le PRÉSIDENT: Oui. Je crois que cela expédierait les choses.

M. CÔTÉ: Je proposerais donc que nous nous réunissions une fois seulement cette semaine.

Le PRÉSIDENT: C'est-à-dire, que notre prochaine réunion ait lien non pas cette semaine, mais mardi prochain.

M. CÔTÉ: Oui.

M. WOOD: Quel jour?

Le PRÉSIDENT: Mardi de la semaine prochaine. Cela fournirait aux membres l'occasion d'étudier les documents.

L'hon. M. MACKENZIE: J'en suis, mais passé ces deux semaines je crois que nous devrions nous réunir plus souvent si nous comptons faire aboutir les délibérations de ce Comité. Ce Comité est chargé d'une tâche énorme, une des plus grandes tâches sinon la plus grande jamais confiée à un comité parlementaire. Après les deux premières semaines je crois que nous devrons nous faire autoriser à siéger pendant les séances de la Chambre. Toutefois, je trouve logique la demande que comporte la résolution.

Le PRÉSIDENT: Je crois que la résolution vise à fournir aux membres l'occasion d'examiner les documents. Alors, si vous le voulez, nous nous réunirons de nouveau mardi prochain.

Il y a une autre point. Le Dr Heagerty m'avise que le Conseil de salubrité fédéral se réunira les 29, 30 et 31 de ce mois, c'est-à-dire, lundi, mardi et mercredi de la semaine prochaine. Je crois que les sous-ministres des provinces seront présents et qu'ils seront à même de faire un exposé concernant les mesures adoptées par leurs provinces respectives, si vous le voulez. Quatre d'entre eux ont dit qu'ils seraient à la disposition du Comité mardi, si vous désirez les entendre. Je crois que leurs exposés seront courts. Cela nous donnera quelque idée des mesures actuellement en vigueur dans leurs provinces. Est-ce convenu?

Quelques DÉPUTÉS: Convenu.

M. McCANN: Ont-ils déjà été invités à faire un tel exposé? Des membres du Conseil de salubrité fédéral ont-ils été invités à faire un exposé quelconque?

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. McCANN: Propose-t-on que chacun fasse un exposé personnel ou que l'un des membres interprète l'opinion du Conseil de salubrité fédéral?

Le PRÉSIDENT: Non. Je pensais que chacun nous indiquerait précisément ce que sa province accomplit.

L'hon. M. MACKENZIE: Ils ne peuvent traiter de questions de politique gouvernementale. Ils exposeront seulement la législation actuellement en vigueur dans les diverses provinces.

M. MACINNIS: De qui est constitué le Conseil national de la santé?

Le PRÉSIDENT: Le Conseil de salubrité fédéral.

M. MACINNIS: Alors, de qui se compose le Conseil de salubrité fédéral?

Le PRÉSIDENT: Le Dr Heagerty pourrait probablement nous renseigner à ce sujet.

Dr HEAGERTY: Le Conseil de salubrité fédéral comprend l'officier médical en chef de chaque province, ainsi qu'un représentant du travail, de l'agriculture, des organisations rurales et urbaines de femmes, ainsi qu'un conseiller technique. Ils tiennent des réunions aux temps et lieux indiqués par le ministre. Le sous-ministre précise les réunions. J'ai pensé qu'il serait peut-être opportun de les inviter à témoigner pendant qu'ils sont ici, si vous le jugez à propos.

Le PRÉSIDENT: Merci.

M. MACINNIS: Ce mot "ils" me laisse un peu perplexe. S'agit-il des sous-ministres provinciaux ou s'agit-il de quelques membres du Conseil de salubrité fédéral?

Dr HEAGERTY: L'officier médical en chef peut être un sous-ministre. Il existe dans certaines provinces des services d'hygiène qui sont sous la direction d'un sous-ministre; dans d'autres, ce sont des commissions d'hygiène présidées par un officier médical en chef. Il va sans dire que tous relèvent d'un ministre de la santé.

M. Gershaw:

D. Pendant que le témoin est ici, je voudrais lui poser une question relativement à la perception des contributions. Dans plusieurs districts de l'Ouest, les gens sont disséminés sur un vaste territoire. Plusieurs d'entre eux sont plutôt dénués de ressources. Les personnes constituant un foyer qui compte quatre ou cinq adultes éprouvent de grandes difficultés à payer ces contributions. Doit-on conclure que le gouvernement acquitterait les contributions de ceux qui ne peuvent les verser? Je songe particulièrement aux propriétaires de petits ranches, aux cultivateurs, aux engagés et aux nomades. Je crois que le paiement de ces cotisations constituerait pour eux un lourd fardeau. Je me demandais si l'on a fait entrer ce facteur en ligne de compte.—R. Aux termes de l'avant-projet,—qui ne constitue après tout qu'une indication générale pour les provinces,—ces questions peuvent se régler de manière à convenir aux circonstances de chaque zone. Songez-vous tout à la fois à la fréquence des paiements et à la capacité de payer?

D. Oui.—R. On propose que les personnes autres que les salariés ne paient qu'une fois par année. Cela serait beaucoup plus simple. Quant à leur capacité de payer, s'il est établi qu'elles peuvent payer, elles verseront l'entière contribution. Si, en prenant le système de prélèvement employé, on établit qu'il ne serait pas raisonnable de leur demander de payer plus des trois quarts,

elles payeront les trois quarts et la province payera le reste. Si l'on établit qu'il y a lieu de leur faire payer seulement la moitié, elles payeront la moitié et la province payera le reste, et ainsi de suite. Puis, s'il est constaté qu'il ne serait pas raisonnable de leur demander de verser quoi que ce soit, la province payera le tout, et elles ne participeront pas à l'assurance à titre d'indigentes. Voilà un avantage qui tient au plan que nous avons suivi. La question

M. Donnelly:

D. Que diriez-vous des provinces qui seraient incapables de payer à cause de leur situation financière, vu la non-adoption du rapport Sirois? Il y a des provinces qui se trouvent dans cette situation.—R. Il va sans dire que ce sont des questions qui n'entraient peut-être pas dans les attributions du comité consultatif qui a préparé le projet. Tout le projet de législation est extraordinairement souple, mais il est entendu que sa souplesse ne réglera pas cette situation.

D. Nous avons beaucoup de législation sociale dans la Saskatchewan à l'heure actuelle, et il faut en ajourner l'application d'une bonne partie parce que la province ne peut en acquitter les frais. Ces provinces se trouveront dans la même situation quand vous adopterez ce régime fédéral. Elles ne seront pas en mesure de payer quand le projet sera mis en application.—R. Il va sans dire qu'une province quelconque peut percevoir tout ce qu'elle pourra des personnes assurées. Puis, surgira la difficulté posée par les particuliers qui ne pourront payer. Mais pour ceux-là, la proportion sera réduite à ce qu'ils pourront payer. C'est une possibilité, mais il n'en est pas question dans le projet de loi.

M. MacInnis:

D. Je me demande si nous pourrions discuter davantage cet aspect de la question. Tous les déboursés tenant à cette mesure d'assurance ne seront pas nécessairement de nouveaux déboursés. Ce régime ne constituera pas un fardeau nouveau pour tout le monde, vu que bien des gens acquittent déjà des frais de services médicaux. Il me semble que la marge entre les services qu'ils reçoivent actuellement et ceux qui leur seraient procurés sous cette nouvelle loi constitue le seul nouveau fardeau. N'en est-il pas ainsi?—R. Oui. C'est un point très important et je me demande si l'on en a saisi toute la portée. Je crois, généralement parlant, que riches et pauvres dépensent presque assez d'argent pour procurer les services en question à tous les intéressés. Le projet prévoit que les riches ne payeront pas plus qu'un certain maximum. Cela veut dire que le contribuable, celui qui verse une somme au fisc au chapitre de l'impôt sur le revenu, sera tenu de payer, en raison de l'assurance-maladie, un plus fort montant d'impôt sur le revenu,[1] une somme importante. En un mot, je crois que les citoyens du Canada, imposables à tous les titres, dépensent annuellement 4¼ p. 100 environ au chapitre des services d'hygiène. Il va sans dire que ce pourcentage n'est pas uniforme par rapport aux individus. Les frais de maladie, d'hospitalisation et de services de cette nature ne nous atteignent pas uniformément. C'est la raison principale de l'assurance-maladie comme solution équitable. Nous comptons que le Dominion versera un octroi considérable, et que les provinces s'occuperont, pour le moins dans une certaine mesure, des gens pauvres. Comme je l'ai mentionné, l'application de la loi obligera le contribuable à verser de plus gros impôts qui seront affectés à la caisse d'assurance-maladie sous forme d'octroi.

Mme Casselman:

D. A-t-on fait un relevé concernant les assurances que dirigent des compagnies privées et les tarifs? Par exemple, les compagnies minières et ferroviaires perçoivent des cotisations de leurs employés pour des prestations-maladie.—R. Je crois que le Dr Heagerty serait plus renseigné que moi sur ce point.

Dr HEAGERTY: Il y a quelque deux mille industries au Canada qui pourvoient de quelque manière à des prestations-maladie, et les frais de ce chef varient grandement. Dans certains cas, l'employé est tenu de verser une cotisation d'un dollar par mois, puis vous avez les grandes industries telle que l'industrie minière. Ainsi, je pourrais citer le cas de la compagnie Hollinger. Cette compagnie a établi un régime d'assurance-maladie non seulement pour tous ses employés mais aussi pour les personnes à leur charge. Elle estime qu'il en coûte environ $20 par année pour procurer ces prestations. La compagnie elle-même verse seulement $4 par année par personne, ce qui constitue une contribution relativement faible. Il faudrait que je m'enquière du montant des contributions des personnes assurées, car je ne connais pas le taux de contribution. Cependant, dans l'ensemble, les contributions et le coût du système sont comparables au montant que nous avons estimé, soit $21.60, pour procurer des prestations complètes.

M. DONNELLY: Il en coûte $20 par mois en tout dans le cas de la mine Hollinger?

Dr HEAGERTY: C'est ce qu'il en coûte pour procurer les prestations.

M. DONNELLY: De tout le monde?

Dr HEAGERTY: De tout le monde, pour tout le monde.

M. DONNELLY: Des personnes employées et de celles qui ne le sont pas.

Dr HEAGERTY: Oui.

M. Fulford:

D. Monsieur Watson, vous avez mentionné le chiffre de quatre et un demi pour cent. Je suppose que ce chiffre ne se rapportait qu'aux maladies des assurés et de leurs familles. Il ne comprend pas les impôts exigés pour les divers services d'hygiène que procurent les provinces? Je songe particulièrement à la province d'Ontario et au montant que paie cette province pour les cliniques tuberculeuses, les asiles d'aliénés et d'autres services d'hygiène, comme la vaccination gratuite et les cliniques gratuites pour les injections d'antitoxines?—R. On m'informe que les intéressés et leurs familles dépensent ce pourcentage pour les soins médicaux, l'hospitalisation, les services d'infirmières et les frais connexes. Je crois que cette dépense représente, en notre pays et aux Etats-Unis, un pourcentage assez uniforme du revenu.

M. Wood:

D. Estimeriez-vous que ce pourcentage représente quatre et demi pour cent du revenu national?—R. Du revenu individuel.

M. Donnelly:

D. Ne perçoit-on pas cinq pour cent en Nouvelle-Zélande et cet impôt ne couvre-t-il pas les frais des opérations majeures?—R. La Nouvelle-Zélande a tout un régime de sécurité sociale, qui comprend des prestations de chômage et de maladie, des prestations pour les veuves et les orphelins, des prestations d'invalidité, des prestations aux mineurs, ainsi qu'une pension de vieillesse universelle. Il y a aussi une prestation de vieillesse qui est versée cinq ans avant l'âge d'admissibilité mais elle est sujette à un examen des moyens de subsistance. Une clause de portée générale autorise la commission à s'occuper de tous les cas de misère. Tous les revenus de quelque nature que ce soit sont frappés d'un impôt de 5 p. 100, et il y a en plus une capitation. Elle porte le nom de droit d'inscription mais c'est une capitation de £1 à laquelle sont sujets les hommes de 20 ans et plus, et de cinq shilling dans le cas de toutes les autres personnes et plus de 16 ans. Je crois avoir relevé quelque part que le coût entier s'établissait à environ 8 p. 100. Je crois que la capitation se chiffre à environ 1 p. 100 du revenu.

Mme Casselman:

D. Est-ce une capitation annuelle?—R. Elle est exigible annuellement, elle porte le nom de droit d'inscription.

M. CLAXTON: Etant donné qu'il est question de la Nouvelle-Zélande, je me demande s'il ne serait pas opportun d'inviter l'honorable Walter Nash à venir témoigner un de ces jours devant le Comité. Il a déjà traité du régime de la sécurité sociale en Nouvelle-Zélande au Comité de la restauration. Vous y avez sans doute songé, monsieur le président.

Le PRÉSIDENT: Nous y avons songé.

M. CLAXTON: J'espère que la proposition sera bien accueillie. Je me suis levé pour poser au Dr Heagerty une question qui découle de son exposé. Cet exposé, qui cadre avec l'expérience de quelques-uns d'entre nous, indique que des compagnies telles que la compagnie Hollinger, peuvent procurer des services d'hygiène assez étendus aux familles de leurs employés à un coût d'environ $20 par année par salarié. Ce montant est bien inférieur à quatre et un demi pour cent du revenu du salarié, et je me demandais à quoi tenait cet écart. Il doit s'expliquer de quelque façon.

Dr HEAGERTY: Je ne saurais dire si je puis vous donner une explication à ce sujet, mais notre plan diffère sensiblement du plan Hollinger en ce sens qu'il n'y a pas de frais d'exigés pour les enfants. On se propose de distribuer les frais des enfants parmi tous les contributeurs. Cela relève nos prélèvements à $26. Il faut vingt-six dollars pour pourvoir aux soins des enfants et aux frais d'administration. Cela fixera à $21.60 par tête le montant nécessaire pour toutes les autres prestations qui ont été mentionnées. J'ignore si le plan de la compagnie Hollinger procure bien les mêmes prestations que nous nous proposons de donner. J'ignore s'il est aussi complet.

Vous avez, par exemple, le plan de l'*Associated Medical Services*. Celle-ci demande $2 par tête dans le cas d'un célibataire. Il y a une légère réduction pour une épouse et un enfant. Les services qu'elle rend, sont naturellement restreints. Elle exige que le client remplisse une formule indiquant qu'il est en bonne santé et ne prévoit pas d'opération. Par ailleurs, les prestations sont plutôt limitées. Les médicaments ne sont pas compris et il y a d'autres limitations. Par exemple, si un assuré a subi deux opérations ou peut-être davantage, il est rayé de la liste. Aucun système adopté ou projeté au Canada n'est aussi complet que celui que nous envisageons. Nous avons l'intention de donner un service complet et gratuit à tout le monde, aux indigents dans la même mesure qu'à ceux qui payent. Vous pouvez voir que cela aura une tendance à augmenter le coût. Il n'y a pas d'indigents dans le plan Hollinger ou dans celui des services médicaux associés. Tous les membres paient et ils sont soumis à des restrictions et à des règlements sévères. Il n'y aura pas de réglementation de cette nature et pas de restrictions imposées aux assurés au Canada. Ils obtiendront tout ce qui est disponible en fait de soins médicaux connus à la science; il est donc impossible de donner tout cela pour rien. Vous êtes obligé de payer ce que vous recevez dans ce monde.

Le but de l'assurance est de fournir une somme d'argent suffisante pour payer tous les soins médicaux et de répartir cette somme de telle manière qu'elle ne pèsera pas lourdement sur les épaules des particuliers. C'est réellement là le but de l'assurance.

Nous pensons que notre estimation du coût est très exacte. Comme je l'ai fait remarquer ces jours-ci—j'ai les chiffres devant moi—notre estimation est identique au coût des soins médicaux aux Etats-Unis. Le comité du coût des soins médicaux a fait une évaluation il y a quelques années. Cette évaluation a pris cinq ans et elle est très minutieuse et très complète. Le coût est estimé à $23.08. Le plan comprend toutes les classes de la société. L'évaluation du Bureau fédéral de la statistique en 1943 était de $23.00, à quelques sous près. Nous sommes donc certains que notre évaluation est bonne et exacte.

Pendant que j'en suis à la question du coût, je ferai remarquer que quand la Colombie-Britannique a préparé son plan d'assurance-maladie—en fait elle a voté un projet de loi—elle a estimé en 1936 qu'il serait possible de fournir l'assurance-maladie pour $12.50 avec tous les services que nous envisageons, excepté les soins dentaires. N'oubliez pas qu'aucun des plans que nous sommes en train d'étudier, Services médicaux associés ou autres, ne comprend les soins dentaires.

M. ADAMSON: Il est compris dans le plan Hollinger.

Dr HEAGERTY: On l'a peut-être ajouté récemment, mais cela fera considérablement monter le coût. Le coût approximatif était de $12.50 avec tous les avantages, et de $6.25 pour les indigents. Il avait été proposé de se servir pour les indigents d'un système spécial d'évaluation, ce qui est tout à fait incorrect à notre avis. Nous pensons que les indigents devraient suivre la même estimation que tout le monde.

Dans la province de l'Alberta, qui a voté une loi d'assurance-maladie en 1935, le coût a été évalué à $14.50. Nous le croyons trop bas, beaucoup trop bas. Il n'est pas possible de fournir des soins complets—soins dentaires exceptés—à moins de $18. Nous calculons que les soins dentaires—et il faut se rappeler qu'ils ne s'appliquent qu'aux enfants principalement au-dessous de 16 ans—nous espérons donner ce service aux enfants au-dessous de 16 ans—coûteront $3.60. Le coût estimatif des soins dentaires pour tout le monde au Canada varie entre $7 et $10. Nous ne pouvons pas l'établir exactement, mais je crois que le chiffre est de $10, et que $3.60 est une assez bonne estimation du coût d'un examen semi-annuel des dents de tous les enfants au-dessous de 16 ans avec les soins nécessaires, et traitement des indigents. En ce qui concerne le coût, notre évaluation n'est pas trop forte. Il est même possible qu'elle soit trop basse, mais je ne crois pas.

Dr DONNELLY: Docteur Heagerty, huit municipalités dans la province de la Saskatchewan ont établi l'assurance pour soins médicaux complets et cela fonctionne depuis huit ou dix ans. Avez-vous une idée de ce que cela leur coûte?

Dr HEAGERTY: Oui, évidemment, il existe un système, dans les provinces de l'Ouest, pour la dispensation des soins médicaux dans les régions rurales.

M. DONNELLY: Huit municipalités accordent l'hospitalisation entière.

Dr HEAGERTY: Oui. Si vous me permettez d'en venir à cela, et seulement afin de renseigner les membres, vous avez parlé de l'existence en Saskatchewan du *Municipal Doctor' Scheme* et de l'*Union Hospital Scheme*. Les gens sont autorisés à se taxer pour garder un médecin à salaire ainsi que pour payer leur hospitalisation dans leurs villages respectifs. Je pense qu'ils paient moins de $10, $7.50 il me semble, pour leur médecin et pour leur hospitalisation à la fois. En parlant de la question de coût, nous devons tenir compte du fait que nous ne pourrons pas,—au début nous ne le pourrons certainement pas—donner un service complet et parfait dans les régions rurales. Il nous faudra fournir la sorte de service dont vous avez parlé. Les frais sont limités. Ils ne sont aucunement proportionnés au service complet et parfait auquel nous visons. Rappelons-nous que notre intention n'est pas seulement de fournir un médecin ou une infirmière; ce que nous voulons, c'est organiser intégralement l'hygiène publique et l'amélioration physique de la population afin d'obtenir une population en pleine santé. Cela ne se fait pas par des demi-mesures.

J'ai causé souvent avec le Dr Davidson, de la Saskatchewan. Ce plan l'intéresse à l'extrême et il m'a dit—ce n'est évidemment pas une déclaration officielle, car il n'est pas autorisé à parler au nom du gouvernement de sa province—que les gens s'attendent à l'application du plan d'assurance-maladie en Saskatchewan moins d'un an après son adoption par le gouvernement fédéral. Je ne sais pas d'où viendrait l'argent, et je pense bien qu'il ne le sait pas non plus. Il est possible que nous devions dispenser ces services sous une forme modifiée, dans les régions rurales, pendant un certain temps, et cela aura sans doute pour effet d'en diminuer le coût.

Si je n'abuse pas de votre temps, puis-je dire, monsieur, tandis que j'en suis à la question du coût, qu'en dépit de l'abondance de chiffres cités nous ne pouvons estimer le coût total avant d'avoir consulté les provinces pour savoir ce qu'elles ont l'intention de faire et ce qu'elles peuvent faire. Nous avons des chiffres, mais nous ne savons pas ce qu'ils veulent dire. Ce que nous visions surtout, en cherchant à calculer ce que coûterait au Canada un système de services médicaux complets et parfaits, c'était de déterminer la juste contribution du Dominion. Nous savons qu'en Angleterre, actuellement, la contribution est d'un sixième du coût des services. Nous calculions ici que ce sixième se monterait à $3.60, soit un sixième de $21.60, mais Sir William Beveridge est beaucoup plus hardi que nous ne le sommes ici. Il estime le coût total des services médicaux, du rétablissement et de l'hygiène publique, tout ensemble, si vous le voulez à £170,000,000 et il fixe la part du Trésor britannique à £130,000,000, soit plus des trois quarts. Le plan auquel on vise là-bas est à peu près le même que le nôtre: prestations complète pour chacun. La commission des projets de l'association des médecins britanniques aimerait diviser l'Angleterre en cliniques miniatures. Certains pensent ici que ce serait le système idéal, et je le crois aussi; je pense que nous finirons par adopter ce genre d'organisation. Ce qu'ils veulent, c'est établir dans les villes, le plus tôt possible, bien que ce choix ne soit pas encore définitif, des cliniques Mayo en miniature, si je puis les appeler ainsi. Le groupe de médecins qui recevra le malade, l'assuré, lui donnera tout ce qu'il sera possible de lui donner en fait de diagnostiques et de traitements. Nous travaillons dans ce sens, et il nous semble qu'en comparaison de ce que nous voulons faire, des plans que nous avons élaborés, notre estimation du coût total n'est pas forte; elle le sera encore moins dans les régions rurales.

M. McCann: C'est nous éloigner de la conception générale selon laquelle le praticien constitue l'unité de base du système. Il va se trouver le serviteur de l'autre.

Docteur Heagerty: Je pourrais m'étendre quelque peu sur ce point. J'ai peut-être été trop bref. On ne se propose pas de rendre la vie impossible au praticien général. Il y aura, comme toujours, des praticiens généraux en dehors des cliniques, mais l'assuré sera dirigé vers la clinique par le praticien de l'extérieur plutôt que de choisir une spécialiste ici, un chirurgien là, et l'hôpital ailleurs. L'on estime qu'il sera possible d'obtenir à moins de frais tous les services nécessaires de spécialistes au même endroit; mais on ne se propose nullement d'écarter le médecin général. Sa situation sera la même que maintenant.

M. McCann: Encore un mot sur ce qui a été dit au sujet des frais. Selon moi, nous ne devrions pas tenter de comparer de trop près ce que serait les frais d'un plan comme celui que nous étudions, relativement à ceux de certains organismes privés. Par exemple, à mon sens, ce que coûte le plan à la mine Hollinger et le coût de notre plan ne constitue pas de justes termes de comparaison, parce qu'ils reposent sur une base tout à fait différente. Nous débutons avec un plan; le plan Hollinger n'a pas été appliqué lors de l'inauguration des services médicaux dans la collectivité. On en a pris possession et les services sont maintenant donnés dans de belles institutions payées par les actionnaires de cette mine. Et puis, il ne s'applique pas aux indigents. Chaque malade dans ses institutions, ses hôpitaux, est un malade payant. Le coût de ces institutions magnifiquement aménagées a été entièrement amorti et payé. Les frais de tous les plans d'assurance-maladie dans les diverses provinces tiendront compte du fait que le coût des hôpitaux et des cliniques qui serviront au plan devront être amortis ou dépréciés d'année en année, et nécessairement ils seront plus élevés dans les provinces qu'ils ne le seraient d'après tout plan particulier tel que le plan Hollinger.

Pour éviter que je ne reprenne la parole, monsieur le président, je veux revenir encore un moment à la question d'assigner certains des médecins, les sous-ministres de la santé, qui assisteront ici à l'assemblée du Conseil médical

du Dominion, la semaine prochaine. Tout dépendra des renseignements que vous voudrez en obtenir. Ils ne se croiront probablement pas libres de parler au nom de leurs gouvernements de la ligne de conduite ou de l'attitude que ces gouvernements pourraient adopter à propos de l'acceptation ou du rejet du plan. Toutefois, je crois que nous devrions connaître quelque chose des services de santé des différentes provinces et je vous suggère qu'à cause des longs trajets que ces fonctionnaires ont parcourus, il pourrait être à propos que le Comité se réunisse, disons, mardi et peut-être aussi mercredi, bien que nous ayons décidé de n'avoir qu'une réunion du Comité la semaine prochaine, afin d'entendre le docteur Amyot, de la Colombie-Britannique, le docteur Davidson et le docteur Bow...

Le PRÉSIDENT: Le docteur Davidson ne sera pas présent.

M. MCCANN: ...de la Nouvelle-Ecosse et du Nouveau-Brunswick. Pour ce qui est de l'Ontario et du Québec, les sous-ministres et les ministres de la santé de ces provinces peuvent être assignés au Comité en tout temps. Il se peut qu'en les assignant plus tard nous en obtenions plus de renseignements qu'à l'heure actuelle. C'est une simple suggestion que je fais afin de faciliter le travail et de profiter de la présence des médecins en question à Ottawa.

Il y a un autre sujet sur lequel je veux parler; il s'agit du projet d'une seule réunion du Comité cette semaine. Nous y sommes tous favorables, je crois, parce qu'on nous a soumis une documentation si énorme qu'il nous est complètement impossible de la digérer de façon intelligente sans une longue étude. Pour ma part, j'aimerais interroger M. Watson et le docteur Heagerty, mais je n'ai réellement pas eu le temps d'étudier les magnifiques exposés qu'ils nous ont soumis. J'aurais pu les interroger de mémoire, mais j'aurais couru le risque de m'embrouiller et de ne pas leur poser les questions intelligentes que j'aurais voulu.

Le rapport nº 2 du comité de sécurité sociale vient de nous arriver ce matin, et nous n'avons pas encore eu l'occasion de lire ou d'étudier l'exposé du docteur Heagerty. Je crois par conséquent que nous serons en meilleure posture, la semaine prochaine ou peut-être la suivante, de poser des questions à son sujet. Nous avons toutes les raisons possibles de nous hâter, mais, peut-être, qu'après tout, il vaut mieux se hâter lentement, car, à moins d'établir sur une base solide notre étude de ce problème, notre présence à ce Comité devient purement automatique et nos services ne seront pas de grande utilité.

Le PRÉSIDENT: Le docteur Heagerty et M. Watson seront disponibles plus tard, et pourront être interrogés.

M. FAIR: Monsieur le président, avant de continuer, il y a un sujet auquel je voudrais faire allusion, et c'est celui qui a rapport au fait que les régions rurales ne jouiront que d'un service restreint pour commencer. Je voudrais vous faire remarquer que les régions rurales contiennent approximativement un tiers de notre population. Parce qu'ils vivent à la campagne, nombre de ces individus sont privés de soins médicaux et l'ont été pendant nombre d'années, je veux dire, privés de soins médicaux suffisants ou adéquats; et s'il existait un moyen de prendre soin de ces individus dans la même mesure que dans les centres urbains, j'aimerais que cela se fasse, si c'est possible.

Il convient aussi d'ajouter que ces gens vont contribuer, directement ou indirectement, à l'assurance des populations urbaines.

Le PRÉSIDENT: Nous pourrons discuter ce point à fond quand nous étudierons le bill.

M. WOOD: Il y a un autre point que je voudrais mentionner, relativement à ce que le docteur Heagerty a dit, la semaine dernière, en soumettant son rapport. Il a déclaré que l'Agriculture ou que la Fédération des Agriculteurs était vivement intéressée à l'adoption d'un programme national et que l'Agri-

culture revendiquait une large part de l'administration de ce projet. Voulez-vous développer ce point brièvement, et nous dire pourquoi elle désire prendre la plus grande part de l'administration? Comment peuvent-ils s'attendre à cela?

Docteur HEAGERTY: M. Hannam, le président, et M. Haskin, le secrétaire de la Fédération Canadienne des Agriculteurs, sont venus me trouver et m'ont remis un mémoire dressé spécialement pour eux, non par l'Agriculture, mais pour leur propre compte. J'ai lu ce mémoire avec eux et, en lisant le chapitre consacré à l'administration, j'ai constaté qu'il contenait une déclaration à l'effet que les particuliers — je devrais peut-être dire, les particuliers autres que les agriculteurs — devraient jouer un plus grand rôle dans l'administration que les professionnels. Je vous en apporterai une copie et vous la montrerai. J'ai discuté ce sujet avec eux et je leur ai dit que ce n'était pas équitable. Je leur ai dit, qu'à mon avis, il devrait y avoir représentation égale de chacun des groupes intéressés, qu'il ne semblait pas juste qu'une personne ou un groupe de personnes puisse s'arroger plus de pouvoirs que les autres; mais il ne fait aucun doute que c'est bien là l'opinion de l'Agriculture, que les professions devraient occuper une position subsidiaire dans les services administratifs, si j'ai bien lu ce mémoire, ce que, d'ailleurs, je suis prêt à corriger si je me trompe.

Le PRÉSIDENT: Nous allons ajourner au mardi, 30 mars.

A une heure de l'après-midi, le Comité s'ajourne au mardi 30 mars 1943, à 11 heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule N° 4

SÉANCE DU MARDI 30 MARS 1943

TÉMOINS:

Le docteur Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé, province de Québec.
Le docteur F. W. Jackson, sous-ministre de la Santé, province du Manitoba.
Le docteur P. S. Campbell, sous-ministre de la Santé, province de la Nouvelle-Ecosse.
Le docteur B. T. McGhie, sous-ministre de la Santé, province d'Ontario.
Le docteur G.-F. Amyot, sous-ministre de la Santé, province de la Colombie-Britannique.
Le docteur R. O. Davison, sous-ministre de la Santé, province de la Saskatchewan.
Le docteur J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale.
Le docteur C. W. MacMillan, sous-ministre de la Santé, province du Nouveau-Brunswick.
Le docteur B. C. Keeping, sous-ministre de la Santé, province de l'Ile du Prince-Edouard.
M. A. D. Watson, actuaire en chef, département des Assurances, Ottawa.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 30 mars 1943.

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, Mme Casselman, MM. Claxton, Cleaver, Coté, Diefenbaker, Donnelly, Fulford, Gregory, Hurtibise, Kinley, Lalonde, Leclerc, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGarry, McGregor, McIlraith, Mayhew, Veniot, Warren, Wood et Wright—29.

Le docteur J. J. Heagerty présente un exposé du plan médical Hollinger. Il est ordonné que cet exposé soit publié comme Appendice "A" au compte rendu de ce jour.

A la demande du président, le Dr Heagerty présente le docteur B. T. McGhie, sous-ministre de la Santé et des Hôpitaux, province d'Ontario, qui, à son tour, présente le docteur F. W. Jackson, sous-ministre de la Santé et du Bien-être public au Manitoba. Le docteur Jackson présente un exposé en son nom et au nom des autres sous-ministres de la Santé présents, savoir: les docteurs P. S. Campbell, Nouvelle-Ecosse; B. T. McGhie, Ontario; M. R. Bow, Alberta; G. F. Amyot, Colombie-Britannique; R. O. Davison, Saskatchewan; C. W. MacMillan, Nouveau-Brunswick; B. C. Keeping, Ile du Prince-Edouard.

M. J.-A. Blanchette, le vice-président, occupe le fauteuil pendant que le docteur Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé pour la province de Québec, présente un exposé en français.

L'hon. M. MacMillan reprend le fauteuil.

Le docteur J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique au ministère des Pensions et de la Santé nationale, est rappelé et interrogé de nouveau.

M. A. D. Watson, actuaire en chef, département des Assurances, est rappelé et interrogé de nouveau.

Les sous-ministres de la Santé ci-dessus nommés sont interrogés.

Le président remercie les témoins pour avoir comparu et exprimé leurs vues. Au nom des sous-ministres présents, le docteur McGhie remercie le Comité de les avoir convoqués et se porte garant de la coopération de ses collègues.

A une heure 5 de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mardi 6 avril, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 30 mars 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Le docteur Heagerty m'a remis un article reproduit du Canadian Doctor, qui traite des progrès accomplis relativement au plan médical Hollinger. Si vous le voulez bien, je le ferai insérer au compte rendu. Est-ce convenu?

Quelques DÉPUTÉS: Oui.

(Voir Appendice "A".)

Le PRÉSIDENT: Ce matin, notre premier témoin, que le docteur Heagerty vous présentera, est le docteur B. T. McGhie, sous-ministre de la Santé et des Hôpitaux, province d'Ontario.

Le Dr HEAGERTY: Le Conseil de salubrité fédéral tient actuellement des réunions à Ottawa, et les sous-ministres de la Santé, qui sont ici présents, ont exprimé le désir de comparaître devant le Comité pour lui exprimer leurs vues sur la santé publique et l'assurance-maladie. Ils n'ont pas l'intention de prendre chacun la parole. Nous avons pensé que le docteur Jackson pourrait être leur porte-parole et exprimer ses vues en anglais, et ensuite que le docteur Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé pour la province de Québec, traduirait cet exposé en français. J'oubliais de vous dire que le docteur Jackson est le sous-ministre de la Santé et du Bien-être au Manitoba. Je demanderai donc au docteur McGhie de présenter le docteur Jackson.

Le Dr McGHIE: Monsieur le président, le docteur Heagerty vient de vous faire connaître en termes beaucoup plus éloquents que je n'aurais pu le faire, ce que j'avais l'intention de dire, ce qui simplifie énormément ma mission. Etant tous réunis à Ottawa en qualité de sous-ministres de la Santé des neuf provinces canadiennes, nous avons étudié la question dont vous êtes saisis, et nous avons trouvé plus avantageux de charger deux de nos collègues de présenter le résultat de nos délibérations. Avec votre permission, le docteur Jackson, sous-ministre de la Santé au Manitoba, prendra la parole, puis le docteur Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé pour la province de Québec, traitera des mêmes points.

Le PRÉSIDENT: Je vous remercie, docteur McGhie. Je tiens à dire aux sous-ministres présents que le fait de les avoir placés le long du mur ne signifie pas qu'ils sont en pénitence. Je cède maintenant la parole au docteur Jackson.

Le Dr W. F. JACKSON, sous-ministre de la Santé au Manitoba, est appelé.

Le TÉMOIN: Les sous-ministres de la Santé, les fonctionnaires médicaux des neuf provinces du Canada, ainsi que leur conseiller technique, sont sensibles à l'honneur qui leur est fait de comparaître devant le Comité parlementaire chargé d'étudier les mesures de sécurité sociale. En leur nom, je désire vous remercier et vous dire qu'ils seront très heureux d'aider le Comité de toutes les façons possibles. Ils sont convaincus que leur formation et leur expérience dans le domaine de la médecine préventive et de la santé publique les autorisent à discuter les questions afférentes au rôle que doit jouer la médecine préventive dans tout projet d'assurance-maladie, et à présenter des renseignements essentiels relatifs à la santé publique dans toutes ses sphères. Ils désirent fournir au Comité les avis ou les renseignements qu'il pourra demander.

A cette fin, quatre membres ont été désignés pour se tenir à la disposition de votre Comité, dans l'intervalle entre les réunions plénières du groupe. Les sous-ministres de la Santé désirent ici mentionner certains principes généraux qui devraient être incorporés dans toute loi provinciale d'assurance-maladie, afin que la médecine préventive et l'hygiène publique puissent jouer le rôle que l'on attend d'elles dans un régime de cette nature.

Un grand nombre des problèmes de santé publique sont d'une portée nationale ainsi que provinciale; comme tels ils exigent les ressources et la collaboration des agences sanitaires fédérales, provinciales et locales.

Le principe des octrois pour les services de santé publique énoncé à la page 8, Annexe I (article 3), de l'avant-projet de loi d'assurance-maladie est hautement préconisé. Ces octrois ont pour but (1) d'aider les provinces à développer davantage leurs mesures préventives essentielles, et (2) d'augmenter les crédits provinciaux et locaux nécessaires pour développer des services locaux d'hygiène suffisants.

Les avantages proposés dans le projet dont le Comité a été saisi semblent être très étendus, et le droit reconnu à l'assuré de choisir le médecin et l'hôpital qu'il désire est, croyons-nous, essentiel au succès de l'assurance-maladie. A notre avis, toutefois, les avantages prévus en ce qui concerne les services préventifs paraissent trop vagues.

En ce qui concerne l'application de la loi, nous désirons faire les recommandations que voici:

1. Que tout projet de loi provinciale d'assurance-maladie soit rédigé de façon que le gouvernement provincial, après avoir consulté les groupements professionnels et autres intéressés, puisse appliquer cette loi par l'intermédiaire du ministère provincial de la Santé ou par une commission responsable à la Législature par l'intermédiaire du ministère de la Santé.

2. Dans le cas où la loi serait appliquée par l'intermédiaire du ministère provincial de la Santé, nous désirons formuler les recommandations suivantes:

(*a*) Pour l'application des dispositions de la loi et de ses règlements d'exécution, il sera établi au sein de ce ministère une division d'Assurance-maladie.

(*b*) Le ministre de la Santé désignera un directeur de la Division d'assurance-maladie choisi parmi un groupe proposé par la division provinciale de l'Association médicale canadienne. (Il faudra peut-être modifier cette disposition pour tenir compte de la situation particulière à la province de Québec où il existe, à ce que nous sommes informés, trois ou quatre associations médicales d'un statut à peu près identique.) Ce directeur sera un médecin, ayant eu de préférence une formation en matière de santé publique, qui sera régulièrement qualifié, dûment autorisé et en règle dans la province, et qui aura pratiqué sa profession pendant au moins dix ans. Il sera chargé d'appliquer et de mettre à exécution les dispositions de la loi et, subordonnément à l'approbation du conseil consultatif ci-après désigné, de transmettre des recommandations au ministre à l'égard du fonctionnement de ce Conseil.

(*c*) Il sera établi un Conseil consultatif provincial d'assurance-maladie composé du sous-ministre ou du directeur de la Santé, qui en sera le président, de deux représentants de la division provinciale de l'Association médicale canadienne et d'autres personnes, y compris un représentant de chacun des groupements suivants: dentistes, infirmières, pharmaciens, facultés de médecine dans la province, hôpitaux, travail, industrie, agriculture, et des organisations féminines urbaines et rurales, respectivement. (Ici encore s'applique la réserve que j'ai faite tout à l'heure relativement à la province de Québec.) Ces représentants seront nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil et resteront en fonctions pendant une période d'une, deux ou trois années, respectivement, selon que le prescrira le lieutenant-gouverneur en conseil.

(*d*) Le Conseil consultatif provincial d'assurance-maladie se réunira régulièrement quatre fois par année et pourra être convoqué en réunion spéciale en tout temps par le président ou sur demande écrite de cinq membres du Conseil.

3. Advenant le cas où la province déciderait que l'assurance-maladie devrait être administrée par une Commission, nous recommandons ce qui suit:

(*a*) La Commission se composera de trois membres, dont un sera le président. Le président sera un médecin, ayant eu, de préférence, une formation en matière de santé publique, régulièrement qualifié, qui sera dûment autorisé et en règle dans la province et qui aura pratiqué sa profession pendant au moins dix ans. Le président et les autres membres de la Commission seront nommés par le lieutenant-gouverneur en Conseil. Le sous-ministre ou le directeur de la Santé de la province sera membre ex-officio de la Commission.

(*b*) Il sera créé un Conseil consultatif provincial d'assurance-maladie composé de deux représentants des médecins praticiens dans la province et de toutes autres personnes, y compris un représentant de chacun des groupements suivants: dentistes, infirmières, pharmaciens, facultés de médecine dans la province et hôpitaux, travail, industrie et agriculture, et organisations féminines urbaines et rurales, respectivement; ces représentants seront nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil et resteront en fonctions pendant une période d'une, deux ou trois années, respectivement, selon que le prescrira le lieutenant-gouverneur en conseil. Le président de la Commission et le sous-ministre ou le directeur de la Santé de la province en seront membres ex-officio.

(*c*) Le Conseil se réunira régulièrement quatre fois par année et pourra être convoqué en réunion spéciale en tout temps par la Commission ou sur demande écrite d'au moins cinq membres du Conseil.

Il est essentiel que tout projet d'assurance-maladie pourvoie à des services préventifs aussi bien que curatifs et que le praticien général puisse accorder à tous ceux qui sont placés sous ses soins les avantages de ces deux services avec l'aide consultative et dirigeante qui peut être requise. On se rend compte que certains des services préventifs peuvent être mis en œuvre d'une façon plus efficace et économique sous les auspices provinciaux, régionaux ou municipaux.

Autrement dit, certains services peuvent outrepasser, croyons-nous, le champ d'action du praticien général; il faudrait dans ce cas, en charger les organismes d'hygiène provinciaux, régionaux ou municipaux.

On recommande donc que toute mesure d'assurance-maladie stipule que le praticien général devra assumer la responsabilité des services suivants, et que des dispositions soient prises pour rémunérer, à même la caisse d'assurance-maladie, le praticien général qui rend ces services:

1. Surveillance prénatale et postnatale conformément aux normes établies par l'Association médicale canadienne.
2. Surveillance médicale des bébés et des enfants de moins de cinq ans, conformément aux normes établies par l'Association médicale canadienne, cette surveillance devant comprendre l'immunisation contre les maladies contagieuses qui ont déjà été désignées par l'Association ou qui pourront l'être à l'avenir.

Pour terminer, nous désirons insister sur le fait que cet exposé, dont nous présentons une copie au Secrétaire, soit considéré comme une communication intérimaire et que le groupe, par l'intermédiaire de son comité, ait la faculté de présenter des renseignements additionnels traitant de l'assurance-maladie considérée dans son ensemble.

Le PRÉSIDENT: Y a-t-il des questions à poser au docteur Jackson?

L'hon. M. Mackenzie:

D. Je voudrais poser une question au docteur Jackson, mais il ne se croira peut-être pas libre d'y répondre. Je me rends compte qu'elle pourrait toucher

à des questions de politique provinciale. Généralement parlant, il y a deux façons d'aborder le sujet de l'assurance-maladie sur un plan national. L'une de celles-ci, un projet de coopération avec les provinces, ne nécessite aucune modification constitutionnelle. L'autre propose d'affecter à ces fins peut-être 5 p. 100, ou encore une certaine proportion du revenu national et de faire administrer par le Dominion tout le programme d'assurance-maladie à même ces fonds. D'après votre expérience, si vous pouvez vous prononcer à titre de sous-ministre sans engager votre gouvernement, quelle méthode préférez-vous? Avez-vous pensé à ces deux solutions? A titre de médecin et de sous-ministre de la Santé, laquelle préférez-vous?—R. J'ai discuté cette question avec les membres de notre gouvernement, et ils sont d'avis que l'assurance-maladie devrait être administrée par la province.

D. Les autres sous-ministres ici présents sont-ils du même avis?—R. Je crois pouvoir dire que c'est là l'opinion de tous les sous-ministres. Que ceux qui ne sont pas de cet avis lèvent la main.

Le PRÉSIDENT: Il y en a un.

M. Wright:

D. Votre Comité a-t-il examiné quelle proportion du coût les provinces seraient prêtes à payer?—R. Monsieur le président, nous n'avons pas étudié la question financière.

D. Ne faudrait-il pas s'en occuper relativement aux 5 p. 100 du revenu national? Le ministre des Pensions et de la Santé nationale ne s'est peut-être pas expliqué très clairement sur ce point.

L'hon. M. MACKENZIE: Non. J'ai pris ce chiffre comme exemple; il n'est pas déterminé.

M. WRIGHT: C'est-à-dire, relativement au coût de 5 pour cent du revenu national.

L'hon. M. MACKENZIE: De l'impôt sur le revenu.

M. WRIGHT: Plutôt que de débiter le coût aux gouvernements provinciaux. Il importe de savoir si les provinces appuieraient un prélèvement de 5 pour cent sur le revenu national plutôt que d'assumer le coût à même leurs propres revenus.

Le TÉMOIN: Je regrette, monsieur le président, de ne pouvoir répondre à cette question, puisque, à ma connaissance, elle n'a jamais été discutée au Manitoba.

M. WARREN: Monsieur le président, quelqu'un a levé la main. Vous ne vous en êtes peut-être pas aperçu.

Le PRÉSIDENT: Oui, je l'ai vu. Y a-t-il d'autres questions?

M. Diefenbaker:

D. Monsieur le président, le projet dont vient de parler le docteur Jackson a-t-il été examiné d'un œil favorable par les diverses sociétés médicales du Canada? C'est-à-dire, par les associations provinciales?—R. Non, monsieur le président, ce projet a été dressé depuis notre arrivée avant-hier.

Le PRÉSIDENT: Docteur Keeping, vous opposez-vous à l'administration provinciale de l'assurance-maladie?

Le Dr KEEPING: Non, je l'approuve.

Le PRÉSIDENT: Avez-vous d'autres questions à poser au docteur Jackson? Sinon, voulez-vous présenter le docteur Grégoire?

Le TÉMOIN: Le docteur McGhie le présentera.

Le Dr MCGHIE: Le docteur Grégoire, sous-ministre de l'hygiène dans la province de Québec sera le prochain témoin.

Le PRÉSIDENT: Je demanderais à M. Blanchette, le vice-président, de bien vouloir me remplacer pendant le témoignage du docteur Grégoire.

Le VICE-PRÉSIDENT: Le docteur Grégoire a été prévenu hier soir qu'il devait soumettre un rapport ce matin. Il a fait dactylographier ses remarques, et il attend le texte d'un instant à l'autre. En attendant, le docteur Grégoire pourrait-il nous dire quelle est l'opinion générale dans sa province sur les points qui ont été publiés relativement aux rapports qui ont été soumis?

Le Dr JEAN GRÉGOIRE, sous-ministre de la Santé pour la province de Québec, est appelé.

Le TÉMOIN: Je crois que l'opinion publique est assez favorable. Naturellement, nous attendons la suite. Ici, je ne suis pas l'interprète de mon gouvernement. Il y a quelques instants, le docteur Jackson, en réponse à la question de l'honorable M. Mackenzie, a dit qu'il exprimait l'opinion de son gouvernement; mais je ne connais pas l'opinion du mien.

M. MCCANN: Votre opinion ne représente-t-elle pas les recommandations que, à titre de sous-ministre, vous ferez à votre gouvernement?

Le TÉMOIN: Justement.

Le VICE-PRÉSIDENT: Y a-t-il d'autres questions en attendant que le docteur Grégoire reçoive son rapport?

M. MACMILLAN: Comme les sous-ministres des autres provinces sont ici, nous pourrions peut-être les questionner pendant que le docteur Grégoire attend son texte. Je suis certain qu'ils nous renseigneraient sur leurs provinces particulières.

Mme CASSELMAN: Le sous-ministre de l'Alberta nous dirait-il si le projet de loi actuel ressemble de quelque façon à la loi adoptée par le gouvernement de l'Alberta mais qui n'a jamais été appliquée?

Le Dr MCGHIE: Monsieur le président, permettez-moi de répondre pour le sous-ministre de l'Alberta qui n'est pas avec nous puisque, étant indisposé, il n'a pas quitté sa chambre à l'hôtel; il est d'accord avec ce qui a été soumis et il a signé le rapport que le docteur Jackson vous a présenté.

M. FULFORD: Le docteur McGhie a-t-il discuté ceci avec son ministre?

Le Dr MCGHIE: Je suppose que M. Fulford pense au rapport qui a été soumis ce matin. Il a été dressé hier, et représente, comme dans le cas des autres sous-ministres, mon opinion sur les recommandations qui devraient être faites au ministre. Est-ce la réponse que vous désirez?

(Texte)

M. BLANCHETTE: Nous sommes heureux de voir parmi nous la délégation des sous-ministres des différentes provinces, et nous souhaitons particulièrement une cordiale bienvenue, nous du Québec, au sous-ministre de la Santé et du bien-être social de la province de Québec, le docteur Jean Grégoire. Tous les députés du Québec connaissent depuis longtemps M. Grégoire et savent apprécier sa longue expérience et sa compétence. Le témoignage qu'il rendra ici ce matin sera d'un grand intérêt pour tout le Comité, j'en suis certain.

Le TÉMOIN: Je vous remercie, monsieur le président, de votre délicate attention à l'égard des sous-ministres des provinces. On m'a demandé, à onze heures hier soir, de faire la traduction française de nos délibérations de la journée d'hier. J'ai complété cette traduction ce matin et je l'ai confiée à un dactylographe qui doit m'en remettre incessamment des copies. Mes collègues, les sous-ministres pour la Santé des autres provinces,—et je leur en suis reconnaissant,—ont insisté pour que le rapport de nos délibérations soit soumis à ce Comité dans les deux langue officielles du pays.

M. Côté:

D. Dois-je comprendre que la province de Québec partage sans réserve les vues exprimées par les autres provinces, à l'effet que la responsabilité de l'admi-

nistration d'un système d'assurance-maladie pour le Dominion devrait être confiée aux autorités de chacune des provinces concernées?—R. C'est bien l'attitude que j'ai adoptée comme sous-ministre et c'est la recommandation que j'ai l'intention de faire au ministre de la Santé et du bien-être social, si ce projet d'assurance-maladie du gouvernement fédéral est accepté par la province.

Le TÉMOIN: Mémoire au sujet de l'assurance-maladie:

Les sous-ministres de la Santé, les fonctionnaires médicaux provinciaux des neuf provinces du Canada, ainsi que leur conseiller technique, sont sensibles à l'honneur qui leur est fait de rencontrer le Comité parlementaire chargé d'étudier les mesures de sécurité sociale. En leur nom, je désire vous remercier et vous dire qu'ils seront très heureux d'aider le Comité de toutes les façons possibles. Ils sont convaincus que leur formation et leur expérience dans le domaine de la médecine préventive et de la santé publique les autorisent à discuter les questions concernant le rôle que doit jouer la médecine préventive dans tout projet d'assurance-maladie et à présenter des renseignements essentiels relatifs à la santé publique dans toutes ses sphères. Ils désirent offrir tout renseignement ou tout avis qui peut être demandé par le Comité. A cette fin, quatre membres ont été désignés pour se tenir à la disposition de votre Comité dans l'intervalle entre les réunions plénières du groupe. Ils désirent ici faire allusion à certains principes d'ordre général qui devraient être incorporés dans toute loi provinciale d'assurance-maladie afin que la médecine préventive et la santé publique puissent jouer le rôle que l'on attend d'elles dans un régime de cette nature.

Un grand nombre de problèmes de santé publique sont d'une portée nationale ainsi que provinciale et, comme tels, ils exigent les ressources et la collaboration des agences sanitaires fédérales, provinciales et locales.

Le principe des octrois pour les services de santé publique énoncé à la page 8, annexe I, article 3, du projet d'assurance-maladie est hautement préconisé. Le but de ces octrois est (1) d'aider les provinces à développer davantage leurs mesures préventives essentielles, et (2) d'augmenter les crédits provinciaux et locaux nécessaires pour développer des services locaux d'hygiène adéquats.

Les avantages proposés dans le projet dont le Comité a été saisi semblent être très étendus, et le droit conféré au bénéficiaire de choisir le médecin et l'hôpital qu'il désire est, croyons-nous, essentiel pour assurer le succès de l'assurance-maladie. A notre avis, toutefois, les avantages prévus en ce qui concerne les services préventifs paraissent trop vagues.

En ce qui concerne l'application de la loi, nous désirons faire les recommandations que voici:

1. Que tout projet de loi provinciale d'assurance-maladie soit rédigé de façon que le gouvernement provincial, après avoir consulté les groupements professionnels et autres intéressés, puisse appliquer cette loi par l'intermédiaire du ministère provincial de la Santé ou par une Commission responsable à la législature par l'intermédiaire du ministère de la Santé.

2. Advenant le cas où la loi serait appliquée par l'intermédiaire du ministère provincial de la Santé, nous désirons faire les recommandations suivantes:

(*a*) Pour les fins de l'application des dispositions de la loi et de ses règlements d'exécution, il sera établi au sein de ce ministère une division d'Assurance-maladie.

(*b*) Le ministre de la Santé désignera un directeur de la division d'Assurance-maladie choisi parmi un groupe proposé par la division provinciale de l'Association médicale canadienne (ce texte devra peut-être être modifié pour tenir compte de la situation dans la province de Québec), qui sera un médecin ayant eu de préférence une formation en matière de santé publique, régulièrement qualifié, dûment autorisé et en règle dans la province, et qui a pratiqué sa profession pendant au moins dix ans. Il sera chargé d'appliquer et de mettre à exécution les dispositions de la loi et, subordonnément, à l'approbation du Conseil consultatif

ci-après désigné, de faire des recommandations au ministre à l'égard du fonctionnement de ce Conseil.

(*c*) Il sera établi un Conseil consultatif provincial d'assurance-maladie composé du sous-ministre ou du directeur de la Santé qui en sera le président, de deux représentants de la division provinciale de l'Association médicale canadienne (ce texte devra peut-être être modifié pour tenir compte de la situation dans la province de Québec) et d'autres personnes, y compris un représentant de chacun des groupements suivants: dentistes, infirmières, pharmaciens, et des facultés de médecine dans la province, et des hôpitaux, du Travail, de l'industrie et de l'agriculture, et des organisations féminines urbaines et rurales, respectivement; ces représentants seront nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil et resteront en fonction pendant une période d'une, deux ou trois années, respectivement, tel que stipulé par le lieutenant-gouverneur en conseil.

(*d*) Le Conseil consultatif provincial d'assurance-maladie se réunira régulièrement quatre fois par année, et pourra être convoqué en réunion spéciale en tout temps par le président ou sur demande par écrit de cinq membres du Conseil.

3. Advenant le cas où la province déciderait que l'assurance-maladie devrait être administrée par une Commission, nous recommandons ce qui suit:

(*a*) La Commission se composera de trois membres, dont un sera le président. Le président sera un médecin, ayant eu, de préférence, une formation en matière de santé publique, régulièrement qualifié, dûment autorisé et en règle dans la province, et qui a pratiqué sa profession pendant au moins dix ans. Le président et les autres membres de la Commission seront nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. Le sous-ministre ou le directeur de la Santé de la province sera membre ex-officio de la Commission.

(*b*) Il sera créé un Conseil consultatif provincial d'assurance-maladie composé de deux représentants des médecins praticiens dans la province et de toutes autres personnes, y compris un représentant de chacun des groupements suivants: dentistes, infirmières, pharmaciens, et des facultés de médecine dans la province et des hôpitaux, du Travail, de l'industrie et de l'agriculture, et des organisations féminines urbaines et rurales, respectivement; ces représentants seront nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil et resteront en fonction pendant une période d'une, deux ou trois années, respectivement, tel que stipulé par le lieutenant-gouverneur en conseil. Le président de la Commission et le sous-ministre ou le directeur de la Santé de la province en seront membres ex-officio.

(*c*) Le Conseil se réunira régulièrement quatre fois par année et pourra être convoqué en réunion spéciale en tout temps par la Commission ou sur demande par écrit d'au moins cinq membres du Conseil.

Il est essentiel que tout projet d'assurance-maladie pourvoie à des services préventifs aussi bien que curatifs et que le praticien général puisse accorder à tous ceux qui sont placés sous ses soins les avantages de ces deux services avec l'aide consultative et dirigeante qui peut être requise. On se rend compte que certains des services préventifs peuvent être mis en œuvre d'une façon plus efficace et économique sous les auspices provinciaux, régionaux ou municipaux.

On recommande donc que toute mesure d'assurance-maladie stipule que le praticien général devra assumer la responsabilité des services suivants, et que des dispositions soient prises pour rémunérer, à même la caisse d'assurance-maladie, le praticien général qui rend ces services:

1. Surveillance prénatale et posnatale conformément aux normes établies par l'Association médicale canadienne.
2. Surveillance médicale des bébés et des enfants de moins de cinq ans, conformément aux normes établies par l'Association médicale canadienne, cette surveillance devant comprendre l'immunisation contre les maladies contagieuses qui ont déjà été désignées par l'Association ou qui pourront l'être à l'avenir.

Pour terminer, nous désirons insister sur le fait que cet exposé, dont nous présentons une copie au Secrétaire, soit considéré comme une communication intérimaire et que le groupe, par l'intermédiaire de son comité, ait la faculté de présenter des renseignements additionnels traitant de l'assurance-maladie considérée dans son ensemble.

M. Côté:

D. Le docteur Jackson a laissé entendre au Comité, il y a un instant, que la province de Québec présentait un aspect particulier du fait du grand nombre d'associations médicales qui existent dans cette province. Le docteur Grégoire aurait-il l'obligeance de nous faire connaître les associations médicales reconnues dans notre province? Pour ma part, je ne connais que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.—R. Il n'est pas nécessaire qu'une société médicale obtienne une reconnaissance officielle des autorités de la province pour fonctionner comme telle. La principale de nos sociétés médicales est l'Association des Médecins de langue franàaise de l'Amérique du Nord. Il existe, entre autres, la Société Médicale de Montréal, la Société Médicale de Québec, la Société Médicale des Cantons de l'Est et une multitude d'autres. Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province est un organisme administratif plutôt qu'une société scientifique. C'est lui qui est chargé de l'application de la loi médicale dans la province.

D. Est-ce que ce grand nombre d'associations médicales dans la province ne présentera pas une difficulté très sérieuse pour la réalisation et le bon fonctionnement d'un système d'assurance-maladie dans la province?—R. Si jamais une loi d'assurance-maladie est adoptée, le gouvernement provincial pourra certainement s'entendre facilement avec la profession médicale.

M. McCann: Monsieur le président, j'ai suivi de mon mieux le témoignage que le docteur Grégoire nous a donné en français, mais je lui demanderais de répéter en anglais, devant tout le Comité, ce qu'il a déjà dit en français. En général, il est admis qu'il y a au Canada de 10,500 à 11,000 médecins. Parmi ce groupe, la *Canadian Medical Association* compte 6,700 membres, et dans la province de Québec, il y en a relativement moins que dans les autres provinces. Je suis certain que, plus tard, le docteur Routley, parlant au nom de la *Canadian Medical Association,* consignera au compte rendu l'opinion de cette association sous le rapport du principe de l'assurance-maladie—mais puis-je demander au docteur Grégoire si le corps médical de la province de Québec, par l'entremise de ses divers organismes, favorise l'établissement de l'assurance-maladie dans tout le Canada et dans cette province?

Le témoin: Monsieur le président, il est très difficile de répondre à cette question.

Je ne suis pas certain, mais je crois que le docteur Heagerty a obtenu une réponse quelconque de la part des associations médicales de la province de Québec.

Le Dr Heagerty: En 1932, le corps médical de la province de Québec a adopté une résolution approuvant l'assurance-maladie. Est-ce que cela répond à votre question?

M. McCann: Oui, mais quelles sont ces sociétés? Il y en a plusieurs dans la province de Québec; quelles sont-elles?

Le Dr Heagerty: La Société Médicale de Québec.

M. McCann: Combien de médecins praticiens représente-t-elle?

Le Dr Heagerty: Je ne le sais pas.

Le témoin: Environ 200. L'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord vous a-t-elle déjà soumis une recommandation?

Le Dr HEAGERTY: Si vous voulez bien me le permettre, je citerai l'article 45 de la loi, car il soulève la question de savoir quelle est l'association médicale la plus représentative de la province de Québec. L'article 45 se lit comme suit:

> Pour fins de consultation concernant les termes de tout règlement établi ou à établir sous l'autorité des articles 28 à 32 inclusivement de la présente loi, et pour conclure les accords mentionnés auxdits articles avec les hôpitaux, ou avec les membres d'une profession, afin de fournir les prestations prévues à la présente loi, la Commission peut reconnaître tout comité qu'elle considère comme représentatif des hôpitaux ou des membres desdites professions, et autorisé ou constitué pour aider et sauvegarder les intérêts des hôpitaux ou des membres desdites professions, selon le cas, concernant l'application de la présente loi...

Ainsi, avant de former un comité, il est essentiel d'établir quelle est l'association qui peut représenter officiellement la province. Après sa nomination, pour suivre la procédure établie, la Commission doit siéger avec des comités des professions médicales, dentaire et autres, y compris celle des infirmières, avant de conclure un arrangement pour l'octroi de prestations médicales. Comme vous pouvez le voir, il est tout à fait essentiel de bien savoir quelle est l'association qui représente la profession.

Dans la province, comme le signale le docteur Grégoire, il y a des collèges de médecins et de chirurgiens. Ils ont des fonctions déterminées mais limitées. Ils s'occupent de l'inscription des médecins et de leur autorisation à pratiquer. En outre, il y a des associations médicales. Ces associations devront choisir entre elles celles qui les représentera. Il faut qu'il y ait un corps représentatif pour conclure avec la commission un arrangement concernant l'octroi des prestations. Les dentistes sont dans une autre situation. Ils n'ont qu'une association autorisée et légale. C'est avec elle que la commission traitera, de sorte que la question soulevée par le docteur McCann est importante, mais ne peut se régler que par les provinces.

M. MCCANN: Vous comprenez, docteur, qu'un organisme chargé d'accorder des permis n'est pas une association bénévole. C'est un organisme régulateur qui, à la différence de l'association bénévole, ne saurait parler au nom de la profession.

Le VICE-PRÉSIDENT: Docteur Grégoire, pour faire suite à la question que le docteur McCann a posée tantôt, seriez-vous disposé à nous donner une idée générale du sentiment des corps médicaux de la province de Québec relativement à ce projet d'assurance-maladie?

Le TÉMOIN: Non, monsieur le président. Je ne m'attendais pas d'être appelé à parler devant le présent Comité ce matin. Je ne dirai rien que je ne sois en état de prouver. Si j'avais toutes les recommandations que j'ai dans mon bureau à Québec, je pourrais peut-être répondre à la question du docteur McCann, mais je regrette de ne pouvoir le faire à présent.

Le VICE-PRÉSIDENT: A-t-on d'autres questions à poser? Merci beaucoup, docteur Grégoire.

Le président, M. Macmillan, prend le fauteuil.

Le PRÉSIDENT: J'ai une question à poser au docteur Jackson. Vos recommandations comportent la nomination dans le cadre de l'organisation provinciale, d'un directeur de l'hygiène ayant dix ans de pratique. Voulez-vous parler d'une pratique dans la province intéressée?

Le Dr JACKSON: Non, la pratique de sa profession n'importe où au Canada, je dirais, monsieur le président.

Le PRÉSIDENT: Le docteur Campbell, sous-ministre, représentant de la Nouvelle-Ecosse, est ici et nous aimerions sûrement à l'entendre en sa qualité de représentant des provinces Maritimes.

Aimeriez-vous dire quelques mots, docteur Campbell?

Le Dr. CAMPBELL: Mesdames et messieurs, j'ai peu de choses à vous dire. Je vous remercie de l'amabilité que vous me témoignez en me demandant de vous adresser la parole, mais mes opinions sont déjà exprimées dans le mémoire que vous ont soumis les docteurs Jackson et Grégoire. Ce n'est aucunement une déclaration gouvernementale; il ne s'agit que de nos opinions, mais comme elles nous paraissent fondées, nous croyons qu'elles devraient faire partie de tout bon projet d'assurance-maladie.

Tout ce que je puis dire maintenant, c'est ceci: il m'a fait plaisir de collaborer avec mes confrères, les représentants des huit autres provinces, à la préparation de cet exposé. Nous avons eu très peu de temps pour le rédiger. Nous sommes venus à Ottawa pour d'autres affaires et nous ne nous attendions pas à être dans le cas de présenter un mémoire. Il s'agit bien d'un mémoire préliminaire, comme nous l'indiquons. Le docteur Jackson a dit qu'on nommerait un comité représentant les dirigeants des provinces, pour fournir des renseignements additionnels à cet organisme, au besoin.

Le PRÉSIDENT: Docteur Campbell, aimeriez-vous exprimer une opinion au sujet de l'accueil probable de la présente mesure dans les provinces Maritimes?

Le Dr CAMPBELL: Non, monsieur, je ne me sens pas en état d'exprimer une opinion à présent, car je pourrais faire tort à la mesure. Je ne sais vraiment pas. Jusqu'à présent, la demande n'a pas été forte, probablement à cause de la situation actuelle du travail. Pendant la dépression, on réclamait des réformes et nous avons tous l'impression qu'il y a un changement en perspective et que nous devrions avancer lentement et faire en sorte de lancer un projet très solide, capable de résoudre les problèmes médicaux et les problèmes d'hygiène publique dans chacune des provinces.

Il y a tant de groupes dont on demande les opinions qu'il serait extrêmement risqué de nous prononcer sur la proportion de ceux qui sont en faveur d'une mesure de ce genre ou de ceux qui y sont opposés.

Si je puis répondre à d'autres questions, je le ferai avec plaisir.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Campbell.

M. MCGARRY: Le docteur est-il prêt à dire si le mémoire qui a été présenté ce matin exprime d'une manière générale l'attitude des associtaions médicales provinciales?

Le Dr CAMPBELL: Monsieur le président, je ne dirais pas cela. Ce mémoire exprime nos propres vues.

M. MCGARRY: Il ne reflète pas les vues des associations médicales provinciales?

Le Dr CAMPBELL: Non.

Le PRÉSIDENT: Vous ne tenez pas à exprimer une opinion là-dessus?

Le Dr. CAMPBELL: Nous ne voudrions pas parler pour les diverses sociétés médicales. Voilà notre manière de voir. Les vues que nous exprimons sont celles des officiers d'hygiène des neuf provinces.

M. VENIOT: Vous avez demandé tantôt au docteur Campbell d'exprimer une opinion sur ce que pensaient dans l'ensemble les professions médicales des provinces Maritimes au sujet de l'assurance-maladie. Je dois dire que l'Association médicale sera représentée devant le Comité par le docteur Routlee, qui présentera un mémoire et qui pourra répondre à la question que vous venez de poser au sujet de toutes les provinces du Canada, à l'exception de la province de Québec. Le docteur Routlee vous dira je crois, que l'on a fait un relevé de toute la profession médicale en dehors du Québec et qu'à peu près 90 p. 100 des médecins en dehors du Québec ont répondu au questionnaire et se sont prononcés en faveur de l'adoption d'une loi d'assurance-maladie.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Veniot. Dans quelle proportion le questionnaire a-t-il été distribué?

M. VENIOT: Il a été envoyé à tous les médecins qui habient en dehors de la province de Québec et à ceux de la province de Québec qui font partie de la *Canadian Medical Association.* Je dois dire qu'il a été adresseé à 8,500 médecins.

M. CLEAVER: Docteur McGhie, je crois comprendre que vous et les autres sous-ministres, vous intéressez surtout à la médecine préventive. Aimeriez-vous exprime une opinion sur le point de savoir si les dispositions du projet dans ce domaine sont suffisantes?

Le Dr McGHIE: Le docteur Jackson a déjà traité ce point dans un exposé que nous approuvons tous. Votre première affirmation, d'après laquelle nous sommes tous intéressés à la prévention des maladies, est exacte. Le mémoire dit déjà qu'à notre avis il appartient au médecin pratiquant d'approuver cette mesure et que, pour qu'elle réussisse, il doit au moins prendre part au programme de prévention aussi bien qu'au travail de traitement ou de guérison.

M. CLEAVER: Si la suggestion contenue dans votre mémoire était acceptée, docteur, le projet de loi actuel serait-il suffisant, à votre avis, relativement à la prévention des maladies?

Le Dr McGHIE: D'après les discussions que nous avons eues depuis vingt-quatre heures, nous le croyons.

M. WRIGHT: Je voudrais poser une question au représentant médical de la Saskatchewan au sujet du plan de médecine municipal qui fonctionne déjà dans cette province. A-t-on songé à incorporer ce plan dans le projet de loi?

Le Dr DAVIDSON: Monsieur le président, j'ai posé cette question au docteur Heagerty parce qu'à notre avis il devrait y avoir en Saskatchewan un système de médecine municipal ou régional, et il a dit qu'on avait pris des mesures pour exécuter un plan de ce genre.

Le PRÉSIDENT: Voulez-vous exprimer votre avis sur ce point, docteur Heagerty?

Le Dr HEAGERTY: Le premier devoir de la Commission consiste à étudier les facilités et les problèmes de chaque province; il lui faut ensuite consulter les représentants provinciaux, comme je l'ai indiqué tantôt, et ensuite établir une administration. Il s'agit de diviser chaque province en districts d'hygiène et d'assurance-maladie. Or il est évident, je crois, qu'une commission ne pourrait pas établir un genre d'administration d'assurance-maladie pour une province entière. La commission devra tenir compte des facilités et des problèmes qui se présentent. Dans les districts ruraux, elle ne pourra probablement pas établir le même régime administratif que dans les villes. Je crois avoir mentionné à la dernière séance que les villes offrent toutes les facilités possibles pour donner les soins médicaux, mais il n'en est pas ainsi dans les régions rurales, et ce n'est pas de sitôt qu'on pourra y établir les mêmes facilités. La médecine municipale en Saskatchewan et la médecine d'abonnement en Alberta répondent aux besoins et continueront à y satisfaire d'ici longtemps. Le plan mutuel d'hospitalisation de la Saskatchewan et le système des hôpitaux municipaux de l'Alberta serviront encore. Il faudra nécessairement permettre à la Commission d'étudier ses problèmes et de les résoudre le mieux possible. M. Watson, qui est ici et qui étudie le projet de loi, pourra peut-être mettre le doigt sur l'article en question. Le pouvez-vous, monsieur Watson?

M. MACINNIS: Monsieur le président, j'aimerais savoir si les propositions présentées au Comité ce matin par le docteur Jackson étaient l'œuvre des médecins seulement ou de médecins et de profanes.

Le Dr JACKSON: Des médecins seulement.

M. MACINNIS: J'ai cru qu'il s'agissait d'un mémoire venant de l'union, et les membres doivent se tenir en règle s'ils veulent aboutir à quelque chose.

L'hon. M. MACKENZIE: C'est pour cela que vous l'avez aimé?

Le PRÉSIDENT: Cela va droit au but.

Le Dr JACKSON: A propos de l'idée que c'était l'opinion de l'union médicale, je tiens à faire remarquer que les officiers d'hygiène ne représentent pas l'union des médecins du Canada. Il peut y avoir d'autres messieurs ici qui soient en état d'exprimer les vues des médecins associés du Canada mieux que les officiers d'hygiène. Il y a un autre point. A propos des médecins municipaux, le docteur Heagerty a dit qu'ils répondaient à un besoin dans certaines régions rurales de l'Ouest canadien. J'aimerais ajouter une précision et dire qu'ils fournissent une partie des services médicaux nécessaires, mais qu'ils ne fournissent pas tous les services qu'il faudrait.

M. FULFORD: Monsieur le président, je voudrais poser une question dans le même sens que celle de M. MacInnis à propos de l'exclusivité. Il ne semble pas être question d'inclure dans ces comités ou ces commissions des ostéopathes, des chiropraticiens ou des masseurs. Après tout, dans une collectivité moderne, ils constituent, aux yeux des profanes, un groupe important qui rend de réels services. A titre de profane moi-même, je ne puis m'empêcher de constater qu'ils jouent un rôle utile.

Le PRÉSIDENT: Pouvez-vous répondre à cela, docteur Heagerty, s'il vous plaît?

Le Dr HEAGERTY: Eh! bien, les Grecs ont un mot pour cela, et nous en avons deux. Nous appelons cela des "services auxiliaires". Le médecin a l'avantage d'utiliser les services du masseur, de l'ostéopathe et du chiropraticien et tout autre service dont il croit que son patient a besoin. Cela répond, je crois, à toutes les autres questions.

M. FULFORD: J'ai soulevé ce point parce que, si la profession médicale devient toute puissante, j'espère qu'elle ne proscrira pas les praticiens qui soignent sans drogues.

L'hon. M. MACKENZIE: N'appartient-il pas aux provinces de décider cela selon leurs lois?

Le Dr HEAGERTY: Cela dépend de la définition du mot praticien général. Je crois, monsieur Watson, que nous avons employé l'expression "praticien général". En Colombie-Britannique, je crois, le chiropraticien est reconnu comme un praticien général—je ne crois pas me tromper en disant cela, mais si je me trompe le Dr Amyot pourra peut-être rectifier. Il y a eu du malentendu à ce sujet, car à la réunion du Conseil médical général du Canada, un représentant de la Colombie-Britannique a déclaré que l'ostéopathe, le chiropracte et le naturiste ou deux d'entre eux ou les trois, avaient droit à la désignation de "praticien général" en Colombie-Britannique. S'il en est ainsi, alors l'assuré ne pourra pas s'adresser directement à un chiropraticien ou à un ostéopathe, mais devra s'adresser à un praticien général.

M. CLEAVER: D'après cette réponse, docteur Heagerty, dois-je comprendre qu'une personne malade ne pourra pas obtenir les services d'un chiropraticien en vertu de la loi tant que le praticien général ne déclarera pas qu'il a besoin de ses services?

Le Dr HEAGERTY: C'est ce qu'ils auront en vue.

M. CLEAVER: Cela semble très dangereux.

M. WOOD: Docteur Heagerty, j'aimerais que vous développiez votre recommandation par rapport au plan proposé pour les régions rurales qui avoisinent les centres urbains ou pour des centres plus populeux. Serait-il possible de leur donner les mêmes services qu'aux groupes urbains? Par exemple, si vous habitez dans les vingt milles d'une ville, quels services ne pourrez-vous pas avoir que le centre urbain pourra obtenir?

Le Dr HEAGERTY: Dans le centre urbain, vous avez à votre portée toutes les facilités.

M. WOOD: Comme la radiographie, vous voulez dire?

Le Dr HEAGERTY: Non. Je veux dire qu'on peut trouver sur place son médecin consultant, son spécialiste, son chirurgien, ses hôpitaux, sa chambre privée à l'hôpital si on le désire, sa radiographie, dont vous venez de parler. Tout cela est à notre disposition, et sur place. On ne peut tout le transporter à la campagne dans un clin d'œil. On a cru pouvoir le faire au moyen de l'établissement de cliniques, comme je l'ai dit à la dernière séance. Je pense qu'on arrivera à doter les campagnes de tous ces services, mais cela ne se fait pas d'un seul coup. Il ne s'agira pour une grande part que de services d'urgence. Vous avez fait remarquer qu'une bonne proportion des gens habitent dans le voisinage d'une ville. Ceux-là peuvent profiter des services de la ville. Mais il y en a beaucoup qui en demeurent très loin; le docteur Grégoire vous dira, je crois, que sur la côte nord il n'y a pas de médecins, seulement des infirmières. Si je me rappelle bien, docteur Grégoire, vous nous avez dit, à une réunion du Conseil de salubrité national fédéral—et on pourrait le vérifier—que certaines de ces infirmières sont capables d'exercer la chirurgie. Pourriez-vous dire de quelle sorte d'opération il s'agit?

Le Dr GRÉGOIRE: C'est seulement dans les cas d'urgence. Nous avons presque deux cents infirmières qui dispensent les soins médicaux aux régions éloignées de la province de Québec, sur la côte nord et dans la péninsule de Gaspé. Le médecin le plus proche est parfois à cinquante milles de là. Il se rend généralement au secours de l'infirmière, quand elle peut communiquer avec lui. Mais parfois, dans des cas d'urgence, l'infirmière doit prendre des responsabilités qu'elle ne prendrait pas si le médecin y était.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Watson, avez-vous trouvé l'article que M. Wright a demandé?

M. WATSON: Oui. Si vous le permettez, monsieur le président, j'aimerais envisager la question d'un point de vue un peu plus général que ne le fait cet article particulier. S'il m'est permis de vous référer à l'article 3 de la Loi fédérale...

Le PRÉSIDENT: Pourriez-vous élever la voix, monsieur Watson, s'il vous plaît?

M. WATSON: Je vais essayer. L'article 3 de la Loi fédérale—c'est-à-dire la Loi sans les annexes—prévoit des subventions pour certaines fins particulières. L'article 4 prévoit que "les dispositions statutaires relatives à l'assurance-maladie doivent être conçues de manière à prévoir des prestations d'assurance-maladie des types, dans les conditions et pour les catégories de personnes que mentionne l'"Avant-projet de loi sur l'assurance-maladie" dans la Deuxième Annexe de la présente loi, ou sensiblement dans les termes susdits". Bien qu'il y soit attaché une annexe, c'est en quelque sorte un modèle de loi pour les provinces. C'est en réalité une suggestion faite aux provinces. Elles pourront adopter une loi qui soit rédigée sensiblement dans les mêmes termes 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 agréer comme mesure pratique satisfaisante d'assurance-maladie pour la province".

Dans le premier cas, vous verrez que le pouvoir fédéral recherche la plus grande adaptabilité possible afin d'établir l'assurance-maladie, dans chaque province, de la manière la plus satisfaisante pour cette province.

Dans la loi provinciale, les dispositions relatives aux prestations sont placées sous cinq titres généraux. Il reste à la commission, ou à toute autorité à qui est dévolue l'administration par la loi provinciale, de prescrire les règlements

régissant l'administration des diverses prestations. Il n'y a aucune différence dans les cinq sections. Toutes prévoient des dispositions générales applicables à la province entière. Il n'y a pas là de modifications. Il n'y est question d'aucune différence dans les prestations des campagnes et celles des villes; et, en ce qui concerne la plupart des provinces, il n'y a aucun doute, je pense, que les régions rurales proches des villes et des villages jouiront des mêmes services, car les gens viendront aux hôpitaux s'il y en a d'assez rapprochés.

Il y a à l'article 33, page 27, une dispositions dont je veux parler. Comme je l'ai déjà dit, on cherche la plus grande adaptabilité possible, à cause de la diversité des besoins des diverses régions. Il y a à l'article 33 une disposition qui permettra à l'autorité administrative de la province de faire exception pour toute région où le service est difficile et insuffisant et d'y établir le service qui convient le mieux aux conditions locales. Nous ne désirons pas établir de services spéciaux pour toutes les régions rurales, mais seulement là où se présentent des obstacles particuliers. En Ontario, je pense que toutes les régions rurales pourraient être traitées sur le même pied que les villes ou villages, sauf, naturellement, quelques régions comme celle de la Baie Georgienne, etc. Mais c'est aux autorités provinciales qu'il revient de déterminer les régions où un service spécial est nécessaire. Le dernier paragraphe de l'article 33 fournit une méthode pratique, je crois. Il se lit comme ceci:

> Si, en ce qui concerne une localité particulière, il n'est pas raisonnablement possible, de l'avis de la Commission, d'administrer d'une manière satisfaisante une ou plusieurs des prestations de la présente loi en vertu d'ententes générales conclues pour leur administration...

Les ententes générales en question sont celles que je viens de mentionner.

> ...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 localité; ou
>
> (*b*) Appliquer le régime modifié de prestations de la présente loi qui peut être pratique pour cette localité; ou
>
> (*c*) Appliquer le plan alternatif de prestations ou de services visés par l'assurance-maladie et les ententes pour leur administration, qui peut être jugé approprié et dans le meilleur intérêt des personnes de la localité.

Il ne faut faire cela qu'après une étude de toute la province. La première partie de l'article 33 se lit comme ceci:

> Aussitôt que possible après que les prestations deviennent disponibles pour les assurés prévus par 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 un relevé complet des conditions dans ladite région, ou le relevé 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 prévalent dans les 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 pour rendre, autant que la chose peut se faire raisonnablement, ces prestations disponibles aux personnes vivant dans toutes les parties de la région, et le rapport doit indiquer le degré d'urgence des diverses recommandations et leur coût estimatif.

Avec ce rapport sous les yeux, la commission pourra évidemment prendre connaissance de tous les renseignements disponibles et, dans la mesure du possible, je suppose qu'elle appliquera uniformément ou à peu près uniformément le système administratif général, sauf, je crois pouvoir le dire, dans les régions très isolées. La population des campagnes de l'Ontario, par exemple celle des alentours d'Ottawa, est habituée à jouir des services médicaux et de l'hospitalisation sur le même pied que les citoyens de la ville. On vient en ville quand on a besoin de services. Nous désirons, dans l'état actuel de nos projets, que cet état de choses persiste. En tout cas, il est loisible aux provinces, lorsque leurs représentants viendront étudier le système, d'y faire mettre cela si elles le désirent.

M. CLEAVER: Dans les régions isolées où n'existent pas de facilités suffisantes, la loi donne-t-elle le pouvoir de réduire le prix qu'il en coûte aux patients?

M. WATSON: Ce sera aux provinces d'y voir.

M. CLEAVER: La loi les y autorise-t-elle?

M. WATSON: Il n'en est pas question dans la loi. Il y a bien des choses dont il n'est pas question dans la loi et qui restent à être étudiées. Mais il faut se rappeler que tout service dispensé dans un endroit isolé coûterait très cher, coûterait un prix hors de proportion avec les cotisations payées par les gens de cet endroit. Avec les moyens dont on dispose aujourd'hui, il est possible d'atteindre les hôpitaux même si l'on est malade dans un endroit très éloigné, pas exemple, grâce à l'avion. Ces moyens sont à la disposition de tous. Ce projet de loi ne veut pas tout fixer à l'avance, mais au contraire laisser aux gens la possibilité de choisir le service qui répond le mieux aux circonstances.

M. MAYHEW: Monsieur le président, j'apprends qu'il y a au Canada beaucoup d'entreprises industrielles où existe un système d'assurance-maladie. Je pense qu'il y a plusieurs sortes de systèmes. On a plus ou moins tâtonné pour trouver le meilleur, dans chaque cas. Quelqu'un a dit l'autre jour, il me semble, qu'environ deux mille compagnies différentes ont mis à pied d'œuvre un système d'assurance-maladie. Et il existe, je crois, de deux à trois cents systèmes différents. Je me demandais aussi s'il est possible de distinguer parmi ces systèmes ceux des villes appartenant à des compagnies. Plusieurs villes appartiennent à des compagnies et sont dirigées entièrement par elles; les employés et leurs familles y vivent seulement parce qu'ils travaillent pour la compagnie. Est-il possible de connaître les systèmes d'assurance-maladie de ces villes? Je pense que certains de ces systèmes accordent l'assurance à meilleur marché que ne le fait le présent projet de loi.

Le Dr HEAGERTY: Rien dans la loi ne les inclura ni ne les exemptera. Je crois pouvoir dire—et M. Watson me corrigera si je me trompe—qu'il est parfaitement possible que la commission prenne des dispositions à cet égard. Mais nous avons cru bon de ne pas nous en occuper; en effet, comme il vient d'être dit, il y a bien au Canada deux mille entreprises qui donnent à leurs employés de l'assurance-maladie sous une forme plus ou moins fragmentaire. Nous craignons que plusieurs entreprises ne se prévalent de l'exemption de participer à l'assurance-maladie pour la seule raison d'échapper aux contributions. Nous avons parlé de la mine Hollinger, l'autre jour, comme de l'un des systèmes les plus parfaits qui existent au Canada. L'administration de la mine contribue quatre fois par année la somme d'un dollar, et c'est tout. Ce sont les employés qui fournissent les prestations, avec l'aide d'un groupe de médecins. C'est une association de prestation de services médicaux. Nous proposons, je le répète, d'inclure dans le système les contributions auxiliaires de l'industrie, de l'employeur. Si ces entreprises peuvent s'exclure de l'application du système, vous pouvez voir que nous resterons en plan. Nous avons beaucoup étudié la question avant de décider qu'il n'y aurait pas de disposition spéciale les concernant.

M. KINLEY: A ce que je comprends, monsieur le président, le comité que nous recevons ce matin n'est pas le Conseil de salubrité fédéral, mais seulement la fraction de ce conseil constituée par les représentants médicaux des provinces. Ce sont des professionnels, et nous nous attendons surtout à ce qu'ils traitent de questions professionnelles. Mais ce sont aussi des fonctionnaires de leurs provinces qui s'occupent de l'hygiène publique. Ils ne se sont pas du tout occupés de l'organisation financière de l'assurance sociale au Canada. Il y a là pourtant des questions d'ordre provincial qui les concernent certainement. Il y a, par exemple, dans le rapport Beveridge, plusieurs points d'importance. L'un d'entre eux est la coordination et la centralisation aux fins d'économie et de meilleur fonctionnement. Nous n'aurons évidemment pas, au Canada, un système fédéral d'assurances sociales, mais nous aurons des lois qui établiront des normes et qui devront être acceptées par les provinces avant d'entrer en vigueur. Il me vient à l'esprit—l'industrie m'intéresse moi aussi, comme mon ami qui vient de parler—que l'industrie ne s'oppose pas tant au paiement de primes et de pourcentages qu'à la forte augmentation de travail de bureau et de recommencement du même travail dans chacun des systèmes et dans chacun des détails particuliers de ces systèmes. Il me semble qu'il y aurait avantage à ce que les sous-ministres des provinces retournent chez eux et étudient la possibilité de coordonner leurs systèmes de compensations, d'allocations aux mères et d'assurance-maladie, et recommandent au gouvernement fédéral de prendre à sa charge certains détails de notre assurance-chômage, puisqu'il dispose des rouages nécessaires pour centraliser tout cela et économiser de la sorte de l'argent et du travail. M. Mayhew a parlé de ceux qui ont déjà leur propre système. Le rapport Beveridge fait table rase de tout cela. Il y est dit ceci: "Nous sommes à une époque de révolution et c'est le temps de faire de grandes choses pour le bien du peuple." Il me semble que, dans un domaine comme celui-ci, rien ne devrait nous empêcher d'améliorer le fonctionnement et de coordonner les efforts afin d'appliquer efficacement le système dans les provinces. Il me semble que les provinces devraient s'attacher à l'étude de ce caractère du rapport Beveridge, eu égard au genre d'organisation qui sera recommandé, à ce qu'il semble.

LE PRÉSIDENT: Avez-vous quelque chose à dire à ce sujet, docteur Jackson?

Le Dr JACKSON: Monsieur le président, mesdames et messieurs, je suis très heureux de voir soulever cette question. Comme plusieurs d'entre vous le savent sans doute, le gouvernement provincial du Manitoba, en 1928, a créé un ministère connu sous le nom de ministère de la Santé et du Bien-être public, afin de réunir sous un seul ministre de la Couronne tous les genres d'activité se rapportant à la santé et au bien-être. Nous n'avons pas encore confié à la division du bien-être tout ce qui concerne de quelque manière le bien-être, mais nous nous en acquittons graduellement. Je suis sûr, monsieur le président, que vous serez heureux d'apprendre que nous étudions déjà depuis deux ou trois ans le sujet même dont vient de parler le dernier orateur. Nous avons divisé notre province en districts placés sous l'autorité d'une administration centrale s'occupant de la santé publique, de l'hospitalisation, des services de bien-être, et de l'assurance-maladie si elle doit jamais exister et si elle doit relever du ministère de la Santé. J'admets parfaitement, monsieur le président, que c'est le comble de l'illogisme, à mon avis—et je parle maintenant en mon nom personnel, non pas en celui des autres sous-ministres—de maintenir un double régime administratif s'il est possible de centraliser entièrement l'administration. J'entrevois déjà dans chaque province, au lieu d'un ministère de la Santé et du Bien-être public, un ministère de la Sécurité Sociale, si cette désignation vous va, et tout cela dépendra de ce ministère où une seul organisation centrale administrera tout. Il y aura décentralisation selon les districts, car, qu'il s'agisse de l'ensemble du problème de l'assurance-maladie ou des soins médicaux, on ne peut nier que tout s'enchaîne, hospitalisation, soins dentaires, services d'infirmières et hygiène

publique; et cela s'enchaîne à un tel point qu'il serait très désavantageux, je crois, d'établir une administration indépendante pour chacun de ces genres de services. Je pense qu'il leur faut une administration centrale, et il en va de même pour la plupart des services de bien-être. Quand on examine ce qui a été fait au Manitoba dans le domaine du bien-être, on trouve, par exemple, que dans le cas des allocations aux mères 9 p. 100 de l'argent actuellement accordé en allocations l'est ou bien parce que le chef de famille est mort ou bien parce qu'il est devenu tout à fait incapable de travailler à la suite de circonstances auxquelles il y aurait eu moyen de remédier. Comment peut-on séparer l'assistance sociale de l'hygiène? C'est impossible. Si nous discutons les sommes qu'il nous faut pour l'assistance sociale, il nous faut accroître les prévisions pour l'hygiène et les soins médicaux; je le dis en toute honnêteté. Je crois que la façon la meilleure et la plus économique d'y arriver est par l'administration centralisée de toutes ces questions.

L'hon. M. MACKENZIE: Monsieur le président, je fais miennes la plupart des observations du docteur Jackson. M. Kinley, son préopinant, a cité le rapport Beveridge qui préconise effectivement une mesure de sécurité sociale en Grande-Bretagne. Mais vous constaterez que tout en préconisant l'établissement d'un ministère de la Sécurité sociale, le rapport ne fait pas relever les services d'hygiène de ce ministère, mais les laisse au ministère de la Santé de Grande-Bretagne. La situation y est très différente de ce qu'elle est au Canada. C'est là un facteur très important.

M. KINLEY: J'allais dire que les conditions ne sont pas les mêmes au Canada.

L'hon. M. MACKENZIE: En effet.

M. KINLEY: Nos provinces ont leur propre gouvernement. Elles pourraient très bien tendre vers cette particularité du rapport Beveridge quant à leurs lois d'accidents du travail, d'allocations aux mères et d'assurance-maladie—les confier à une administration unique et les coordonner de cette façon. Notre bill devrait peut-être prévoir une disposition reconnaissant aux provinces le privilège d'en agir ainsi. Pour ce qui est des industries, je sais qu'elles veulent que les rouages administratifs soient aussi simples que possible.

L'hon. M. MACKENZIE: Je suis entièrement de votre avis.

Le PRÉSIDENT: Avez-vous quelques observations à présenter, monsieur Watson?

M. MAYHEW: Monsieur le président, un mot à ce propos. L'un des avancés du docteur Heagerty est quelque peu injuste à l'égard des industries, ce me semble. Celles-ci n'essaient pas de se soustraire à leurs responsabilités. Elles recherchent depuis longtemps un moyen de s'en acquitter. J'ai traité surtout d'une ville édifiée par une compagnie là où existe une collectivité. Quelle est la différence entre ce genre de ville et une municipalité dans les provinces? J'ai simplement demandé si une ville comme celle-là pouvait être reconnue au même titre qu'une municipalité. Je me rends compte qu'au point de vue de la sécurité sociale, aussi bien que des pensions de vieillesse, les industries ne sont pas en mesure de voir à ces questions, parce qu'il y a là un travail de longue haleine à accomplir avant d'obtenir des résultats. Mais quant à l'hygiène, il me semble que le Dr Heagerty constatera après examen qu'il existe actuellement au Canada des industries qui accordent à tous leurs employés des prestations plus élevées que celles prévues à la loi. Mais il me paraît très injuste de dire que les industries ne consentent pas à coopérer; au contraire elles y sont disposées et elles ont cherché un moyen d'y arriver.

M. MCCANN: Monsieur le président, j'ai deux ou trois questions à poser aux sous-ministres. Je veux faire précéder la première de quelques observations. L'on reconnaît généralement, je crois, qu'advenant l'adoption de l'assurance-

maladie, plus de gens pourront se faire traiter dans des institutions. Nous pouvons prendre pour acquis que ce sera là l'un des résultats. Un plus grand nombre de gens seront hospitalisés, entreront dans les institutions et y recevront les soins médicaux qu'elles pourront leur donner. L'on reconnaît aussi généralement la grande pénurie de ces institutions au pays, dans les provinces, pour donner ces soins. S'il nous faut nous occuper des aliénés—et nous en avons environ 50,000 au Canada à l'heure actuelle, et probablement un très grand nombre d'autres qui sont soignés chez eux alors qu'ils devraient être hospitalisés, pour assurer leur traitement, ou la protection du reste de la collectivité—il nous faudra plus d'institutions. Il y a carence d'hôpitaux généraux ainsi que d'institutions pour le traitement des tuberculeux et des cancéreux. Nous manquons aussi, dans tout le pays, d'institutions publiques pour le traitement des convalescents. L'on admet généralement que ces institutions peuvent être établies et entretenues à tant par tête et par jour pour une somme moindre que celle qui leur est consacrée présentement. Cela étant admis, l'on devrait lancer dans le pays une campagne afin d'agrandir ces institutions. Les provinces seront-elles en mesure ou recommanderont-elles d'affecter les mises de fonds nécessaires à cet égard ou comptent-elles sur l'Etat pour les fournir comme partie de son programme de sécurité sociale? A mon sens, cette question devrait être l'objet—peut-être y a-t-on vu—d'une étude très sérieuse par ceux qui s'occupent d'administration provinciale. Si on doit se mettre à jour en ce qui concerne le traitement dans les institutions, les dépenses seront énormes et la Loi sur la santé telle qu'elle est actuellement rédigée, ne peut être appliquée sans que cette question soit réglée.

L'autre question que je veux poser a trait à celle de M. Mayhew, que je me proposais d'aborder; elle concerne les organismes privés qui voient aux services d'hygiène, particulièrement dans l'industrie. Inutile de défendre le rôle joué par les industries à l'endroit des soins médicaux dans les collectivités et dans les établissements industriels. En fait, il faudrait admettre à ce propos—je l'ai déjà dit ailleurs et n'hésite pas à le répéter de nouveau—que les gouvernements ont montré de la lenteur, je parle des services fédéraux et provinciaux, quant à établir les aménagements nécessaires d'hygiène pour la population du pays. Les industries ont frayé la voie dans ce domaine et elles ont établi des services d'hygiène par tout le pays depuis un quart de siècle ou davantage, ce à quoi le Gouvernement aurait dû voir. C'est mon opinion là-dessus et je la crois partagée par un grand nombre de gens. On se demande ce que sera, de l'avis des sous-ministres, la réaction de ces différents organismes quant à leur assujettissement à un plan général d'assurance-maladie dans ces provinces. C'est encore une question qui nécessitera une longue étude. Je puis dire que pour ce qui est de l'avant-projet de loi, il prend une attitude très énergique dans ce sens en entreprenant d'embrasser deux mille organismes dans un pays comme le nôtre et les assujettir à un projet, tout en les soustrayant virtuellement à la propriété privée. Telle a été l'opinion en ce qui concerne les industries. Ce que ces industries ont accompli pour leur personnel équivaut en importance et en avantages à lui avoir accordé probablement des salaires plus élevés qu'il n'a obtenu depuis des années. C'est là l'un des nombreux avantages que les industries ont assurés à leurs employés. J'opine que le bouleversement de ces initiatives communes à tant d'industries exige une intervention énergique par tout gouvernement et c'est là une question qu'il faudra étudier sérieusement.

J'aimerais que les sous-ministres nous disent comment s'exerce la réaction dans leurs différentes provinces; qu'ils nous fassent connaître celle des habitants des collectivités rurales quant à leur assujettissement au plan proposé. A mon retour chez moi en fin de semaine, j'ai entendu plusieurs cultivateurs et autres intéressés aux organismes agricoles exprimer l'opinion que le taux exigé des ruraux était beaucoup trop élevé. Peut-être les sous-ministres seraient-ils en mesure de nous exprimer leurs vues sur ces questions.

Le PRÉSIDENT: Le docteur McGhie ou le docteur Jackson aurait-il la bonté de faire des commentaires?

Le Dr McGHIE: Monsieur le président et docteur McCann, en réponse à la première question posée par le docteur McCann quant au besoin d'agrandissement des institutions pour le traitement des malades, il y a quatre ou cinq mois le présent groupe de sous-ministres a entrepris une étude dans toutes les provinces, en vue de déterminer la situation actuelle quant à l'encombrement des hôpitaux à l'insuffisance de lits pour les hospices d'aliénés et les sanatoriums. Nous sommes à pousser cette étude jusqu'au point où nous pourrons soumettre éventuellement au Comité les desiderata tels que nous les envisageons dans toutes les provinces concernant les hôpitaux, soit pour malades ordinaires, soit pour alinénés, tuberculeux ou vieillards. La source des fonds pour répondre à ce besoin est une question sur laquelle les ministères des Finances des gouvernements, fédéral et provinciaux, sont peut-être plus en mesure que notre groupe de donner des renseignements. Nous croyons pouvoir évaluer les desiderata dans ce domaine, mais nous n'avons pas encore conféré avec ceux qui devraient les connaître. Quant aux frais, ils varient. Dans certaines régions nous avons pris certaines normes quant au nombre de lits nécessaires par mille habitants et avons étudié les différentes régions d'une province. Elles ne sont pas toutes sur le même pied. Les unes ont des hôpitaux mieux aménagés que d'autres; celles-ci devraient obtenir des aménagements suffisants. La même situation s'applique au travail au sein de la population, j'entends la médecine préventive. Dans certaines régions on s'est ocupé davantage de l'application des connaissances médicales dans ce dernier domaine. Le groupe des sous-ministres est à rechercher le plan qui s'adaptera le mieux à l'application de la médecine préventive par les provinces. Nous pouvons profiter de l'expérience de chacun d'entre nous en vue de dresser un plan commun dans tout le Canada, pour l'application de mesures de prévention.

En ce qui concerne la dernière question du docteur McCann à propos de la réaction de la population à l'égard du plan précité, nous comptons sur nos députés pour nous en informer. Ils sont les représentants élus du peuple, et nous pouvons en tant que sous-ministres, constater la forme de cette réaction chez les divers ministres des différentes provinces à la Chambre. Parlant pour l'Ontario seulement, le fait que presque tous les représentants élus en veulent connaître davantage sur ce sujet semble indiquer qu'on les interroge longuement à ce propos.

M. McCANN: Je voulais que vous indiquiez si vous aviez entendu formuler des plaintes générales ou des expressions d'acquiescement.

Le Dr McGHIE: Je ne puis que me faire le porte-parole des députés que nous voyons. Ils désirent tous qu'on prenne des mesures pour répondre à la demande du grand public quant à l'amélioration des services médicaux.

M. KINLEY: Avez-vous tenu compte des frais réels de ce service pour la population? Nous parlons du cas du cultivateur. Je sais que dans mon comté si un pêcheur envoie chercher un médecin, cela peut lui coûter $15. Il me semble que les frais réels de ces services sont ceux en plus de ce que nous payons maintenant individuellement, ce qui peut ne pas être grand'chose.

Le Dr McGHIE: Pour ma part, en ce qui concerne l'argent maintenant dépensé pour les soins médicaux—nous considérons ceux-ci et la médecine préventine comme deux choses différentes—nous croyons qu'il faudrait supprimer cette distinction; si cet argent était plus équitablement réparti, en Ontario à tout événement, les frais de ces services pour les personnes isolées ne devraient pas être aussi élevés et elles recevraient plus d'égards et seraient mieux traitées.

M. McCANN: Quelle est la réponse à l'autre question? Qu'avez-vous à dire à l'International Nickel, des propriétaires de mines d'or comme la Kerr Addison, et des organismes tels que l'Associated Medical Services; quelles vont être leurs

réactions touchant leur assujettissement au plan ci-dessus? Pouvez-vous nous donner une opinion là-dessus?

Le Dr McGHIE: Non, je ne suis pas en mesure d'en exprimer une; cela dépend de ce à quoi vous pensez, l'efficacité des mines ou des mineurs, il y a une différence.

M. McCANN: Considérable.

Le Dr McGHIE: Plusieurs plans excellents ont été mis en œuvre en Ontario; ce sont des projets excellents qui l'emportent de beaucoup sur l'ensemble du programme provincial, mais bon nombre des petites compagnies ne peuvent profiter de ces projets et elles restent loin en arrière dans leur participation à ce programme.

M. MACINNIS: Je veux demander au docteur McGhie s'il ne pense pas que bon nombre de ces importantes industries sont dans une catégorie privilégiée peu importe l'excellence du service qu'elles peuvent donner. Par exemple, je crois qu'avant qu'un homme ne soit accepté à la mine Hollinger, il doit avoir moins de 30 ans, peut-être bien moins que 30 ans, être en santé, être d'une certaine taille, avoir un certain poids et son état de santé doit être presque aussi bon que s'il entrait dans les forces armées. Je répète que ces industries sont dans une catégorie privilégiée parce qu'elles embauchent la crème des employés au point de vue état physique. Ensuite, lorsqu'un de leurs employés est atteint d'une maladie mentale il n'est plus à la charge de leurs services médicaux. Toute la question se résume au fait qu'un grand nombre de personnes, économiquement parlant, sont dans une catégorie privilégiée en comparaison du reste de la population et jouissent de plus de privilèges que l'ensemble de la communauté. Le but de ce plan d'assurance-maladie me paraît être de répartir les frais d'hygiène sur l'ensemble de la population. S'il doit accomplir sa fin d'améliorer son état de santé, nous obtiendrons assurément à brève échéance une compensation dans la production accrue de ce fait et la diminution des frais de maladie.

Il y a un autre point. Les épargnes populaires devraient se ressentir de ce plan. J'ignore—peut-être le docteur McCann le sait-il—ce que consacrent les gens à l'achat de médicaments brevetés et surtout les gens qui ne comprennent pas grand'chose à l'hygiène. Ils y consacrent des sommes énormes dans un an. En faisant leur éducation en matière d'hygiène une forte partie de cet argent pourrait être épargné et il le serait de la seule façon possible, à propos.

Mme CASSELMAN: Le Comité est maintenant saisi d'une autre mesure, j'entends l'éducation physique. Les sous-ministres tiendraient-ils à exprimer une opinion sur ce point en tant que préventif de la maladie? Je parle d'un programme perfectionné d'éducation physique.

Le PRÉSIDENT: Avez-vous des commentaires, docteur Jackson.

Le Dr JACKSON: Monsieur le président, je puis, naturellement, ne parler qu'en mon nom sur ce sujet. Je vous avouerai que c'est là à mon avis un des points essentiels qui a fait défaut dans nos collectivités ces quelques dernières années. Nous avons tenté il y a environ trois ans, au Manitoba, d'établir les incapacités parmi les écoliers adolescents des écoles secondaires et les résultats que nous avons obtenus furent simplement terrifiants. Nous sommes en vérité heureux que la loi à l'étude en tienne compte, croyant que ce sera à l'avantage de la population en général. Toutefois, nous aimerions à ce que l'on adopte une disposition, si possible, par laquelle il serait remédié aux déficiences découvertes chez ces adolescents par les examens médicaux. La difficulté que nous devons affronter maintenant, à cause de la pauvreté du particulier et de la pénurie de médecins, est de remédier à ces déficiences. Autrement dit, il s'agit de mettre les gens dans un état tel qu'ils puissent profiter pleinement de ce plan d'éducation physique. Nous croyons que c'est une chose très désirable au Manitoba.

Le Dr HEAGERTY: En considérant l'éducation physique nous pensions au développement du particulier. Nous avons tenu compte des défauts physiques établis lors du relevé fait au Manitoba. Je crois que plus de 3,000 enfants y furent examinés et il fut constaté que 70 p. 100 d'entre eux étaient atteints de défauts physiques. D'après la Loi sur la santé, la médecine préventive sera le facteur important pour la prévention des défauts physiques, de sorte que nous n'y avons pas pourvu dans le plan d'éducation physique. Nous avons pensé au développement physique, moral et mental de l'enfant selon le plan appliqué depuis tant d'années en Europe.

Maintenant, on verra aux mesures à prendre quant à la correction des déficiences physiques. Nous avons pris des dispositions quant aux déficiences susceptibles de correction par des exercices physiques et tout ce qui s'y rapporte. Ainsi, ce projet de loi concernant l'éducation physique n'a aucun rapport à l'autre.

Je me demande, monsieur le président, si on voudrait bien me permettre de m'en rapporter un instant à la discussion sur les firmes industrielles. Nous avons parlé des entreprises industrielles du point de vue des soins médicaux. Je me demande si vous en tiendriez compte. Le docteur McCann s'est servi des mots "services d'hygiène". Je suis certain que cette expression ne couvre pas ce à quoi nous songeons, savoir, les soins médicaux. Je veux qu'il soit bien compris que les entreprises ne pourvoient pas à la médecine préventive. Je m'exprime peut-être trop énergiquement. Ce plan vise principalement à empêcher la maladie, et tout comme je l'ai dit au début de mes remarques, nous voulons constituer un peuple robuste et implanter la santé. Si nous étions intéressés seulement aux soins médicaux, alors il n'importerait guère que ces plans industriels continuent ou cessent d'exister. Il convient de tenir compte que sous le régime de l'assurance-maladie toutes les personnes qui reçoivent maintenant des soins médicaux sous le régime de ces plans auront droit à tous les services préventifs de santé publique qui seront établis en vertu de cette Loi et qui n'existent pas actuellement.

L'hon. M. MACKENZIE: M. MacInnis a mentionné tantôt la question du coût des soins médicaux au Canada. J'ai souvenance qu'il s'établit à $240,000,000 environ.

Le Dr HEAGERTY: L'estimation faite en 1935 donnait quelque $240,500,000. Ce chiffre représente le coût de la maladie au Canada à l'heure actuelle, mais il comprend plusieurs éléments qui ne seront pas compris dans l'assurance-maladie. Par exemple, il y a les chambres privées à l'hôpital. Un particulier n'aura droit à une chambre privée qu'en cas d'urgence. Puis, il y a les chambres semi-privées. Si un particulier désire une chambre semi-privée, il devra parfaire la différence.

Après une étude complète du coût des maladies dans divers pays et un examen de celui de l'assurance-maladie, nous avons établi, comme que je l'ai indiqué à la dernière séance, je crois, qu'il en coûtera $18 pour les soins médicaux et $3.60 pour les soins dentaires, soit un total de $21.60. Par ailleurs, nous devons pourvoir aux enfants. Nous devons trouver $21.60 pour les enfants, et cela exigera une affectation totale de $26.

Nous avons étudié la question sous ses divers aspects. Il va sans dire que nous avons été l'objet de bien des critiques qui ne sont pas fondées sur la statistique. De nombreuses conjectures ont été faites quant au coût de la maladie, mais à notre avis, nos études sont bien étayées et sont fondées sur des témoignages probants, et nous avons prévu une somme suffisante.

L'hon. M. MACKENZIE: J'ai noté des critiques de l'extérieur à l'effet que les frais d'administration étaient trop élevés. Vos frais sont estimés à 10 p. 100 environ?

Le Dr HEAGERTY: Nous avons de propos délibéré estimé tous nos frais à un chiffre élevé parce que nous ne voulions tromper personne, les provinces

tout particulièrement. Nous voulions savoir ce que seraient les frais. Les frais d'administration de certains plans en vigueur au Canada s'établissent à 10 p. 100. J'ai estimé les frais primitivement à 6 p. 100, et si je me souviens bien c'est le représentant de la compagnie Hollinger qui a appelé mon attention sur le fait que ce pourcentage était très bas. Cependant, nous croyons que 10 p. 100 constitueront une proportion suffisante, et en fait, par application aux frais d'administration nous estimons même que cette proportion est trop élevée.

M. MAYHEW: Monsieur le président, M. Watson a dit au cours de son témoignage l'autre jour, à la page 100, que ce plan n'implique aucune question actuarielle. Je me demandais sur quoi il fondait ces estimations. Il est probablement trop tard pour expliquer cela à l'instant, mais je crois qu'il faudrait d'autres précisions à ce sujet, car tous ceux qui liront le compte rendu ne pourront s'empêcher de penser que les montants estimés ne sont que des conjectures.

LE PRÉSIDENT: Pouvez-vous donner des éclaircissements?

M. WATSON: La réponse à cette question ne comporte aucune difficulté. Les chiffres établis,—et je ferai observer que je n'ai rien eu à faire à cela—, furent basés sur une statistique, une statistique élémentaire. Bien que les actuaires doivent recourir aux statistiques, au sens ordinaire la statistique qui a été utilisée pour établir le coût des services médicaux au Canada n'implique aucune question actuarielle. Il n'y a pas de questions actuarielles qui entrent en jeu dans l'assurance-feu, car il s'agit d'un contrat à courte échéance; seuls les problèmes statistiques se posent. Mais les questions actuarielles interviennent dans les contrats à longue échéance tels que l'assurance-vie, ou l'assurance contre la maladie et l'assurance-chômage qui comportent des modalités compliquées et en plus un contrat à longue échéance, car la prestation dépend du relevé d'emploi pour une période de cinq années et de l'état des réclamations pour trois ans. Mais ce sont des éléments tout différents qui entrent en jeu dans l'assurance-maladie. Ces questions-ci ne se présentent pas.

M. MAYHEW: Si vous accordez des prestations définies, elles doivent être calculées sur quelque base. Sinon, vous donnerez aux gens l'impression que si vous n'avez pas suffisamment d'argent sous le régime de votre plan actuel, vous diminueriez la somme des services à procurer aux intéressés ou encore que dans le cas contraire vous augmenterez ces services suivant le montant d'argent que vous avez en main.

M. WATSON: Monsieur le président, ni les principes actuariels ni les actuaires ne peuvent influencer les événements. De plus, malgré ce que nous avons inclus dans le projet de loi, celui-ci revêt quand même un caractère général, et il se peut bien que, lorsque les provinces en viendront à légiférer en la matière, chacune veuille y incorporer certaines modifications. Aussi, il serait extrêmement difficile de déterminer maintenant ce que sera le coût, quand les prestations sont plus ou moins imprécises. Une autre difficulté tient à ce que les frais varieront probablement d'une façon marquée entre les provinces. Il serait peut-être prudent de dire que la population de la Saskatchewan et de l'Alberta est beaucoup plus jeune en moyenne que celle de quelques-unes des autres provinces. Cette population est probablement beaucoup plus robuste parce que les gens qui vont s'y établir sont ordinairement des gens robustes. Aussi, les frais dans ces provinces seront bien moins élevés que dans certaines des plus anciennes provinces où la population est plus âgée. Il y a d'autres facteurs qui militeront en faveur de frais plus élevés dans certaines provinces. Je serais porté à croire qu'il y aurait peut-être un écart d'au moins 35 p. 100 au chapitre des frais entre la province où le coût est le moins élevé et celle où le coût s'établit au plus haut niveau. Ces questions ne sont certainement pas des questions actuarielles et elles ne tombent pas dans

le domaine où l'actuaire pourrait être de quelque utilité. Si j'avais entrepris de faire quelque chose en matière de frais j'aurais dû me renseigner sur le travail du Bureau de la statistique et j'eusse probablement appris des choses que le Bureau de la statistique connaissait déjà et qui en définitive ne se rapportent pas au régime actuariel.

Le PRÉSIDENT: Docteur Heagerty, avez-vous quelques observations à faire?

Le Dr HEAGERTY: Je ne veux pas répéter ce que j'ai dit, mais je voudrais vous énumérer certains de ces frais. Il s'agit d'une estimation du coût réparti des prestations médicales prévues à l'avant-projet de loi d'assurance-maladie. Or, ces chiffres, m'apprend-on, se rapportent à ce que les soins médicaux coûtent aux Etats-Unis et au Canada. Aux Etats-Unis, le pourcentage représenté par les honoraires de médecins s'établit à 42 p. 100 du total, et nous avons estimé que ces soins comptaient pour 44 p. 100 du coût total. Cela représente $9.50 par tête pour le médecin, ou un total de $106,485,500. Pour l'hospitalisation, à l'exclusion des immobilisations, le pourcentage des frais est de 16.3 aux Etats-Unis, et de 16.7 au Canada, soit $3.60. Cela fera $3.60 par personne assurée. Or, ces chiffres sont des chiffres précis. Au Canada, l'an dernier ,les journées d'hospitalisation se sont élevées à 13,000,000, sans compter quelques jours supplémentaires. Il y a onze millions et demi de personnes au Canada, et nous avons estimé au moins une journée d'hospitalisation. Cela donnera $3.60 par tête et portera le coût total estimatif à $40,352,400. Les soins de garde-malade s'établissent à 8.1 p. 100 aux Etats-Unis et à 8.1 p. 100 au Canada. Le coût par tête est de $1.75 et le coût total de $19,615,750. Les médicaments, drogues, sérums, vaccins, appareils, comptent pour 12.9 p. 100 aux Etats-Unis et pour 11.8 au Canada. Cela représente $2.55 par tête, chiffre que je crois plutôt élevé,—du moins c'est ce que l'on m'a dit après que j'en eus causé avec l'Association pharmaceutique. Le total pour cette rubrique est de $28,582,950. Les services de laboratoire ne sont pas très élevés. Ils s'établissent à 2.2 aux Etats-Unis, et à 2.8 au Canada, soit .60 par tête ou un montant total de $6,725,400. Le pourcentage du coût des soins dentaires est de 18.5 aux Etats-Unis et de 16.7 au Canada, soit $3.60 ou un grand total de $40,352,400. Vous ne pouvez pourvoir à l'assurance-maladie pour une somme moindre et elle ne devrait certainement pas coûter davantage.

M. DONNELLY: Monsieur le président, nous sommes tous très intéressés à ce bill. Nous nous rendons compte de l'importance de l'assurance-maladie, mais ce qui me préoccupe, et ce qui, je crois, inquiète le public plus que toute autre chose c'est le montant d'argent que devront fournir le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et le particulier. C'est ce que tout le monde se demande maintenant. Combien en coûtera-t-il, ou combien en coûtera-t-il aux provinces et au particulier? Si l'un des messieurs qui sont ici peut nous en donner une idée, je suis certain que cela nous intéresserait tous.

Le Dr HEAGERTY: Je crois, monsieur le président, qu'il faudrait que nous nous en reportions à l'exposé qu'a fait M. Mackenzie à la première séance. Si vous vous y reportez, vous constaterez que le comité consultatif n'a pas essayé d'établir des chiffres précis, mais a indiqué le coût et a aussi fait voir les différentes manières dont le coût peut être réparti entre le Dominion et les provinces. C'est une question que devront débattre les provinces après en avoir conféré avec les autorités fédérales. Nous ne pouvions faire plus que d'indiquer le coût et laisser ensuite aux divers gouvernements la décision à prendre quant à la répartition du coût. Le comité consultatif ne peut en venir à une décision définitive sur ce point.

Le PRÉSIDENT: Désire-t-on poser d'autres questions?

M. WRIGHT: Je suppose que les sous-ministres des provinces ne sont pas venus ici sans discuter cette question au préalable. Je me demandais s'ils avaient quelque chose à dire à ce sujet.

Le PRÉSIDENT: Avez-vous quelques observations à faire, docteur Jackson?

Le TÉMOIN: Je crains que non, monsieur le président. Je dois me contenter de dire, qu'en ce qui concerne les provinces, cela dépendrait entièrement, je serais porté à croire, des arrangements financiers qui seront établis entre le Dominion et les provinces après la guerre. Comme vous le savez, nous sommes actuellement soumis à un arrangement financier qui doit se continuer pour un an après la fin de la guerre, et tant qu'un plan définitif n'est pas arrêté, nous ne pouvons dire quelles opinions nos gouvernements entretiendraient à ce sujet. Du moins, je ne puis me prononcer pour mon gouvernement.

Le PRÉSIDENT: Messieurs, je voudrais exprimer en votre nom notre profonde gratitude aux sous-ministres des diverses provinces pour leur présence et pour leurs exposés si lumineux et intéressants. Nous vous sommes très redevables, et nous vous remercions beaucoup. Nous allons ajourner maintenant jusqu'à mardi.

Le Dr McGHIE: Monsieur le président, je prends la liberté, au nom de mes collègues, de vous remercier du privilège qui nous est accordé d'être ici, et de vous assurer que notre comité est prêt à vous donner le plus entier concours possible.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur McGhie. Le Comité s'ajournera jusqu'au mardi 6 avril, à 11 heures du matin.

A 1 h. 05 de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mardi 6 avril, à 11 heures du matin.

APPENDICE "A"

PROGRÈS DU PLAN MÉDICAL DE LA COMPAGNIE HOLLINGER

Reproduit du *The Canadian Doctor*

Pendant la progression de l'industrie minière à son niveau actuel d'efficacité, on a adopté et on continue d'avoir pour ligne de conduite de sauvegarder la santé des employés au moyen d'un régime de contrat auquel participent l'employeur, l'employé et le médecin.

Ce contrat stipule qu'en retour d'une déduction d'au plus un dollar de son salaire, l'employé obtient pour son compte des services pendant la durée de son emploi à la mine. Cette pratique se prête à des abus de la part de tous les intéressés.

Il était inévitable qu'une amélioration des méthodes et des conditions de vie produise une amélioration correspondante au chapitre des services médicaux procurés aux employés groupés qui constituent aujourd'hui la partie stable de la population.

En 1937, les employés de la mine Hollinger s'adressèrent à un organisme de médecins et exprimèrent le désir d'avoir pour eux et leurs familles un service médical plus ou moins complet. Ils firent aussi savoir qu'ils étaient disposés à constituer un budget à cette fin et à accepter des déductions sur leurs salaires. La *Hollinger Employees Medical Services Association* fut formée à la suite de cette demande.

L'Association procure des services médicaux complets à l'employé, à son épouse et à sa famille ainsi qu'aux personnes qui sont entièrement à la charge de l'employé. Nul examen médical n'est nécessaire sauf celui que subit l'employé comme une des conditions de son embauchage.

L'employé est protégé dans cet examen par un examen complet de la poitrine ainsi que par un examen aux rayons-X que lui fait subir un spécialiste dans les maladies de la poitrine. Seuls les employés de la mine Hollinger sont admissibles comme membres. Tous les soins nécessaires sont fournis à la maison, au bureau ou à l'hôpital.

Là où il a été constaté que les services d'un spécialiste étranger de haute compétence seraient avantageux pour le malade, l'Association s'est occupée d'y pourvoir. L'association pourvoit à tous les soins chirurgicaux sous la surveillance et la direction du surintendant médical et d'un comité constitué de médecins et de chirurgiens.

Les opérations majeures et la réduction des fractures exigent la consultation d'un deuxième médecin. Les radiographies sont fournies sous la direction du médecin régulier. L'hospitalisation consiste dans l'admission à un lit de salle dans un hôpital reconnu.

La durée de l'hospitalisation relève du médecin régulier agissant de concert avec le comité exécutif médical. L'expérience a démontré que l'hospitalisation illimitée a été très satisfaisante. Très peu de patients ont besoin d'une hospitalisation prolongée, et on estime que les soins d'une garde-malade, les rayons-X et les hôpitaux constituent une aide au traitement du malade et ne doivent pas être confondus avec le traitement lui-même. Aussi, on s'en rapporte en l'occurrence au médecin régulier.

Les services de gardes-malades sont assurés quand le médecin les juge nécessaires. Les femmes en couche, si elles sont soignées à la maison, reçoivent les soins d'une garde-malade pour une journée. On n'emploie pas de garde-malade d'occasion. Les femmes en couche sont admises à l'hôpital aux frais de l'Association si le médecin juge qu'il convient de les y admettre.

Si une malade ordinaire désire être admise, elle peut l'être sur sa propre responsabilité. Les produits pharmaceutiques et les médicaments sont fournis par les médecins. Aucune limite n'a été imposée à la somme de services reçus par un employé ou sa famille au cours d'une année. De même, aucune restriction n'a été imposée quant au revenu.

Les services ne comprennent pas les maladies vénériennes, l'alcoolisme, la dentisterie, le "Workmen's Compensation Board", les maladies mentales après que le diagnostic en a été fait, ni aucun état de santé résultant d'une violation du Code criminel du Canada ou de toute loi ou statut de l'Ontario. Lorsqu'un accident se produit, à l'égard duquel une tierce partie, ou une compagnie d'assurance, est responsable, l'Association est relevée de sa responsabilité bien que les services soient rendus par son intermédiaire.

Pour administrer les affaires de l'Association, un comité est élu parmi les membres employés et les élus, à leur tour, choisissent un comité exécutif de cinq qui constitue la moitié du conseil d'administration. Les médecins choisissent parmi eux un surintendant médical et quatre autres membres pour agir en qualité de comité exécutif et former l'autre moitié du conseil d'administration.

Ces comités tiennent des réunions régulières où sont traitées les questions qui intéressent leurs membres respectifs. Le comité exécutif médical surveille les différents services fournis aux employés et leurs familles, et reçoit et vérifie les comptes présentés pour payement.

Après plus de trois ans, les résultats indiquent que les services rendus sont tels que relativement peu de plaintes ont été formulées. Le soin médical des patients souffrant de cancer donne lieu à l'un des problèmes les plus embarrassants et coûteux. Il a été constaté, au cours de l'existence de l'Association, que, sur un groupe de 9,300 personnes, un patient est déclaré souffrir de ce mal, chaque mois.

Pour traiter ce groupe de patients et lui procurer l'hospitalisation nécessaire et les traitements radiothérapiques et radiques, le coût moyen est de $452 par patient. Il est bien évident qu'une personne, appartenant au groupe rétribué à raison de $1,500 à $2,000, ne peut se permettre les dépenses coûteuses du traitement pour cancer.

Les recettes de l'Association proviennent des sources suivantes: $1.75 par période de 4 semaines pour chaque employé célibataire; $2.65 par période de 4 semaines de la part de chaque employé avec personnes à sa charge, et employé marié; les mines Hollinger contribuent $1.00 par employé pour chaque période. De plus, il y a un honoraire de service de 50 cents par période pour le premier soin donné à l'employé ou à un membre de sa famille et un de $1 par période si deux membres ou plus reçoivent des soins médicaux. La déduction minima à cet égard est de $1 et elle fut imposée comme sanction contre les visites inutiles à domicile et au bureau, visites qui, dans une organisation telle que celle-ci, ont une tendance à se multiplier.

Les recettes sont basées sur une retenue unique sur salaire et non pas sur des contributions individuelles. Le montant reçu équivaut à peu près à $15.50 par membre. Le nombre moyen des employés est de 3,100, celui des femmes est de 2,100, des enfants, 4,000, et des personnes à charge, 100, soit un total de 9,300.

La méthode de distribution des fonds a consisté à payer l'hospitalisation, les infirmières, la radiothérapie et les frais d'administration puis de payer les médecins au prorata de leurs comptes à même le reste. De cette manière les médecins ont, la troisième année, touché 71 pour cent des comptes présentés pour paiement.

Sous le rapport de la finance, plusieurs points ont été soulevés. Qu'est-ce qui constitue des honoraires équitables pour un médecin ou un chirurgien? On a essayé de s'en tenir strictement à la politique d'une rémunération raisonnable pour de bons services et de suivre le tarif de l'Association médicale d'Ontario.

Dans les sociétés comme celle-ci, la rémunération du médecin est basée sur 75 pour cent du tarif en vigueur dans la région. Si ce montant est considéré comme raisonnable, il importe de se rappeler qu'il couvre le coût des produits pharmaceutiques et des médecins.

Le montant payé aux médecins représente 71 pour cent des comptes soumis pour payement et couvre les produits pharmaceutiques et les médicaments. Si l'on dispose de $18 par personne par mois, cela permettra de payer 75 pour cent aux médecins, y compris les produits pharmaceutiques et les médicaments, et de voir aux épidémies et au soin des malades dirigés vers l'extérieur.

Après cela, il restera une petite réserve. Par conséquent, pour assurer tous les soins nécessaires à chaque personne, cela coûte $18.00 par année, soit $1.50 par mois.

La manière de vivre actuelle et l'emploi de la machine rendent une telle association nécessaire. Il importe que la profession médicale prenne les devants et collabore avec l'employeur et l'employé pour assurer à tous les intéressés, à des taux raisonnables, des services de haute qualité.

Un certain régime d'organisation doit faire concourir au rétablissement complet du malade les soins du médecin, la radiothérapie, l'hospitalisation et les soins de gardes-malades.

De l'avis de ses représentants, l'Association à contribué d'une façon marquée à la solution de ce problème des soins médicaux. Sous ce rapport, les autorités des mines Hollinger ont non seulement coopéré de façon magnifique, mais ont porté un vif intérêt au bien-être des employés. Cet état de choses joint au fait que les soins médicaux sont fournis sous la direction des compétences en la matière, font présager un brillant avenir pour l'association.

Reproduit de *The Canadian Doctor*—février 1942.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule nº 5

SÉANCE DU MARDI 6 AVRIL 1943

TÉMOINS:

Le docteur A. E. Archer, président de la *Canadian Medical Association.*
Le docteur Sclater Lewis, président élu de la *Canadian Medical Association.*
Le docteur Charles Vézina, doyen de la Faculté de médecine, Université Laval.
Le docteur Léon Gérin-Lajoie, de l'Université de Montréal.
Le docteur T. C. Routley, secrétaire général de la *Canadian Medical Association.*
Le docteur Harvey Agnew, secrétaire associé, *Canadian Medical Association;* et
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
1943

PROCÈS-VERBAL

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, Breithaupt, Bruce, Casselman (*Edmonton-est*), MM. Claxton, Cleaver, Côté, Diefenbaker, Donnelly, Gershaw, Gregory, Howden, Hurtubise, Kinley, Lalonde, Leclerc, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), Macmillan, McCann, McGregor, McIlraith, Maybank, Mayhew, Picard, Shaw, Veniot, Warren, Wood et Wright—32.

Le docteur A. E. Archer, président de la *Canadian Medical Association* est appelé. Il présente les personnes suivantes:

Le docteur Sclater Lewis, président élu, *Canadian Medical Association;*

Le docteur Charles Vézina, doyen de la Faculté de médecine, Université Laval, et président de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord; aussi président de la division française de la *Canadian Medical Association;*

Le docteur Léon Gérin-Lajoie, Université de Montréal, et membre de l'exécutif, *Canadian Medical Association;*

Le doctur T. C. Routley, secrétaire général de la *Canadian Medical Association.*

Le docteur Harvey Agnew, secrétaire associé, *Canadian Medical Association;*

Le docteur T. C. Routley lit ensuite le mémoire de la *Canadian Medical Association.*

Le Comité interroge tous les médecins précités, ainsi que le docteur J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale.

Le docteur Léon Gérin-Lajoie dépose des lettres de la Fédération des Sociétés médicales de la province de Québec et du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, l'autorisant à se faire leur porte-parole. Ces lettres sont insérées aux témoignages.

Les témoins se retirent.

Sur la proposition de M. Mayhew, le Comité s'ajourne à une heure quinze pour se réunir vendredi le 9 avril, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

6 avril 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Nous avons le privilège d'avoir avec nous ce matin, le docteur Archer, président de la *Canadian Medical Association*. Docteur Archer, veuillez vous avancer.

Le Dr A. E. ARCHER: Monsieur le président et messieurs les membres du Comité spécial de la sécurité sociale, permettez-moi de vous présenter mes collègues qui appartiennent à notre comité: le docteur Sclater Lewis, président élu de la *Canadian Medical Association*; le docteur Charles Vézina, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval; il est également président de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du nord et aussi président pour cette année de la division de Québec de la *Canadian Medical Association*; le docteur Léon Gérin-Lajoie, de l'Université de Montréal et membre de l'exécutif de la *Canadian Medical Association*; le docteur T. C. Routley, secrétaire général de la *Canadian Medical Association* et le docteur Harvey Agnew, secrétaire associé de la *Canadian Medical Association*.

Au nom de mes collègues et en mon propre nom je désire assurer au Comité que nous apprécions vivement l'occasion qui nous est donnée de nous présenter ici aujourd'hui pour lui exposer au nom de la *Canadian Medical Association* nos vues sur les très importantes questions dont il est saisi.

Nous nous proposons de vous soumettre les grandes lignes de nos vues dans un mémoire que notre secrétaire général le docteur Routley a préparé et qu'il vous lira. Après cela, mes collègues et moi-même seront prêts à répondre aux questions que vous voudrez bien nous poser. Je prie le docteur Routley de s'avancer.

Le Dr T. C. ROUTLEY, secrétaire général de la *Canadian Medical Association*, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, madame Casselman et messieurs: la *Canadian Medical Association* accueille avec joie cette occasion de se présenter devant le Comité spécial de la sécurité sociale afin de débattre le problème de l'assurance-maladie.

QU'EST-CE QUE LA CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION?

L'histoire consigne deux événements marquants en 1867: 1° le Canada devient une confédération. 2° la *Canadian Medical Association* est fondée pour les fins suivantes:

(*a*) Cultiver la science de la médecine et de la chirurgie;
(*b*) Rehausser le caractère et l'honneur de la profession médicale;
(*c*) Favoriser l'hygiène publique;
(*d*) Rehausser le niveau de l'éducation médicale et de la profession d'infirmière;
(*e*) Aider au progrès de l'éducation médicale pour l'avantage du public;
(*f*) Etudier et de faire progresser par tous les moyens à sa disposition, l'amélioration et l'uniformisation des hôpitaux;

(*g*) Diriger des recherches sur les problèmes médicaux à résoudre par les médecins;

(*h*) Servir l'humanité et les médecins au moyen de recherches, et d'études;

(*i*) Etablir des succursales, publier des tracts scientifiques et accomplir en sus tout ce qui contribue au bien-être du public et des médecins.

En 1909, l'Association fut constituée par une loi du Parlement fédéral. Chacune des neuf provinces du Canada compte une association médicale provinciale qui est une division fédérée de la *Canadian Medical Association*. Il en résulte que celle-ci, de façon très démocratique, est la représentante et le porte-parole des neuf associations médicales provinciales du Canada.

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. A noter que le nombre de nos membres francophones est numériquement et relativement faible. Pourquoi? Il y a à cela différentes raisons qui valent aussi pour d'autres associations nationales au Canada, mais la principale est le fait que le *Canadian Medical Association Journal*—périodique mensuel— paraît presque exclusivement en anglais et n'attire donc pas nos confrères de langue française qui possèdent d'excellentes revues médicales dans leur langue. Cependant, il y a de nombreux indices que notre Association a une influence grandissante dans le Québec et qu'elle y est de plus en plus considérée. On y a formé un comité mixte représentant les diverses associations de médecins, à savoir, la division de Québec de la *Canadian Medical Association*, le Collège des Médecins et des Chirurgiens de la province de Québec, et la Fédération des Sociétés médicales. Ce comité a pour objet exprès d'étudier l'assurance-maladie et d'obtenir des opinions médicales en la matière. Ce comité a autorisé la *Canadian Medical Association* à être son porte-parole quant à l'assurance-maladie.

En ce qui concerne les grands problèmes nationaux comme l'assurance-maladie, notre Association ne s'est pas contentée dans les autres provinces d'interviewer seulement ses propres membres. Au contraire, tous les médecins du Canada ont été invités à faire entendre leur voix concernant ces questions d'importance, afin que l'on puisse dire sans crainte de contradiction, que les représentations que formule maintenant notre Association à votre Comité expriment les opinions mûries de l'ensemble des médecins du Dominion.

Le présent mémoire a pour but:

1. D'insister sur le fait que des soins médicaux suffisants sont essentiels au bien-être du Canada;

2. D'examiner certains facteurs qui empêchent les médecins de donner les soins médicaux suffisants;

3. De signaler l'insuffisance actuelle de services très désirables de prévention des maladies et d'hygiène publique;

4. D'exposer la situation de la *Canadian Medical Association* relativement à l'assurance-maladie d'Etat;

5. D'exposer les particularités que devrait embrasser tout plan d'assurance-maladie;

6. D'indiquer l'à-propos d'éviter certaines lacunes constatées dans les plans d'assurance-maladie d'autres pays.

7. De faire des commentaires généraux concernant un certain nombre de particularités à considérer dans l'établissement de tout plan d'assurance-maladie.

8. De démontrer que l'assurance-maladie peut suffire à répondre aux besoins médicaux de collectivités à population disséminée;

9. De traiter du développement futur des moyens propres à faciliter la bonne santé.

Je parlerai d'abord des soins médicaux essentiels et suffisants.

Il est nécessaire au bien-être de notre peuple que les soins médicaux à lui fournir soient non seulement de la plus haute qualité mais facilement accessibles à chacun. Notre système actuel de traitement médical comporte plusieurs avantages qu'il est bon de garder; il y a toutefois un certain nombre de circonstances où il ne répond pas pleinement aux besoins de la population.

Pour bien accomplir ses destinées, le Canada doit avoir une population saine. Nos gens ne peuvent jouir d'une santé forte et complète que si on leur fournit des facilités suffisantes de traitements médicaux (préventifs et curatifs) de la plus haute qualité, sans se soucier des distances et des moyens pécuniaires.

Il semble nécessaire d'opérer certaines réformes, et la profession médicale est prête à coopérer dans ce sens, car le bien-être du peuple a toujours été sa première préoccupation. Au surplus, la profession médicale est fière des réalisations de ceux qui ont inauguré la pratique médicale dans le passé. Elle a bien servi le peuple, soignant les pauvres, s'oubliant pour les malades, même dans les temps d'épidémie ou de guerre, développant la médecine d'une découverte à l'autre, encourageant les recherches, préservant l'idéal moral le plus élevé qui soit au monde et attirant dans ses rangs quelques-uns des esprits les plus pénétrants de chaque génération. L'intérêt de nos gens demande que soient préservées ces particularités de la pratique médicale.

Inconvénients et faiblesses du système actuel

Les frais de la maladie sont devenus un fardeau croissant pour bien des gens, surtout ceux de revenu modeste; la perspective de ces frais les a souvent empêchés de profiter comme il aurait fallu d'un diagnostic et d'un traitement hâtifs.

L'étendue, la valeur et l'exactitude de la connaissance médicale et l'habileté des médecins ont augmenté énormément, mais en même temps le prix des services médicaux est devenu un fardeau croissant. La principale augmentation provient de la complexité et de la difficulté croissantes des méthodes de diagnostic et d'une plus grande utilisation d'appareils compliqués et d'un personnel hautement spécialisé.

A l'époque de la Confédération, l'outillage de diagnostic et de "laboratoire" se limitait à un stéthoscope et (parfois, pas toujours) un thermomètre. Ce matériel était le précurseur des installations élaborées, compliquées et coûteuses, mais hautement précises, de la photographie radiographique et des laboratoires de pathologie, de biochimie et autres. Le nombre de lits d'hôpitaux du Canada, qui était de 400 à l'époque de la Confédération, dépasse maintenant 100,000. Les hôpitaux représentent des immobilisations avoisinant $250,000,000. En cinq ou six décennies, les frais de services d'hôpitaux en harmonie avec les progrès de la science médicale ont monté de 75 cents par malade et par jour à une moyenne quotidienne de $3 par malade. Le coût des études médicales a quintuplé et même sextuplé et le temps requis pour ces études a plus que doublé.

La médecine a cessé d'être une science où un seul homme puisse s'attendre de pouvoir suffire à la tâche. Pour des diagnostics spéciaux ou pour certains procédés curatifs, il faut appeler des praticiens ayant des connaissances spéciales dans tel ou tel domaine. Ces perfectionnements ont augmenté l'exactitude des diagnostics et l'efficacité des traitements, mais aussi les frais.

On peut faire remarquer que les résultats atteints ont plus que compensé les dépenses additionnelles. Des diagnostics plus exacts et plus rapides et un traitement plus efficace ont raccourci les maladies et sauvé un nombre incalculable de vies humaines. En réalité, malgré l'accroissement des frais d'hospitalisation, certaines maladies comme la pneumonie, et certaines opérations comme

l'enlèvement de la vésicule biliaire coûtent moins cher d'hospitalisation aujourd'hui qu'au début du siècle, par suite d'une forte réduction de la période d'hospitalisation. En outre, les frais médicaux n'ont pas monté aussi rapidement avec le temps que le coût de la vie en général. Néanmoins, comme la plupart des maladies et des accidents ne se prévoient pas et que les gens n'aiment pas ou ne peuvent pas constituer une réserve pécuniaire pour défrayer les maladies, il faut trouver des moyens de soulager les particuliers des frais de maladie à l'époque où ils peuvent le moins les supporter.

La partie de la population qui a le plus souffert de l'accroissement de ces frais est la grande masse des gens économes et honnêtes dont les moyens sont restreints. Les gens qu'on appelle indigents reçoivent habituellement gratis les soins médicaux dont ils ont besoin, et la maladie a rarement créé un grave problème pécuniaire chez les gens à l'aise. Quant à l'homme dont les revenus sont faibles ou modérés et qui veut payer ses frais, la perspective des dépenses l'a souvent empêché de rechercher l'avis du médecin au début d'une maladie ou de consentir au traitement approprié.

Un mot maintenant des plans de médecine et d'hospitalisation bénévoles. Dans un effort pour alléger le fardeau pécuniaire de la maladie, on a médité des plans de médecine et d'hospitalisation gratuites. Les meilleurs plans d'hospitalisation sont connus sous le nom de "Plans de la Croix Bleue". Ces plans de médecine et d'hospitalisation gratuites ont beaucoup aidé aux membres des organisations intéressées. Malheureusement, il y a bien des endroits où ces plans ne fonctionnent pas, et comme le système est facultatif, il ne s'étend pas à tous les petits salariés. En outre, ces plans offrent rarement un service complet et ils ne pourvoient pas aux gens qui ne sont pas en état de contribuer.

La distribution des services médicaux dans les diverses parties du Canada, tant urbaines que rurales, n'est pas ce qu'elle devrait être pour que toute la population reçoive des soins suffisants et complets.

Cela s'applique aussi aux services d'hygiène en général.

Un des problèmes importants de la distribution des services médicaux est celui du soin des malades à la campagne. Le temps de guerre que nous traversons est une époque anormale et par conséquent ne peut servir de base à notre étude, mais longtemps avant la guerre il y avait de toute évidence une forte concentration des médecins et des services d'hygiène dans les villes. Le problème est encore plus aigu à présent qu'un grand nombre de médecins ruraux se sont joints aux forces armées.

Cette situation rend difficile le problème de soigner tous les malades et nuit même aux services préventifs. Depuis des années, la mortalité infantile est beaucoup plus forte dans les campagnes que dans les villes; il en est de même de la tuberculose.

Une certaine concentration dans les villes s'explique. Il faut remarquer toutefois que d'après notre système il faut s'attendre à une certaine concentration du personnel médical. On ne peut trouver des spécialistes que dans les centres assez populeux pour leur offrir une clientèle suffisante; mais s'ils habitent les centres ils servent aussi bien les malades de la campagne que ceux de la ville. Comme les diagnostiques les plus techniques et les traitements les plus spécialisés peuvent mieux se donner dans les hôpitaux, les malades devront continuer d'aller aux hôpitaux pour se faire traiter. Souvent le matériel et le personnel exercé nécessaire ne se trouvent que dans les grands hôpitaux. Comme il n'est ni possible ni opportun d'établir dans les campagnes des hôpitaux pleinement pourvus d'outillage moderne et de personnel entraîné, bien des malades des régions rurales continueront à se faire traiter dans les grands centres, quel que soit le plan adopté.

De plus, on a souvent remarqué que dans les districts ruraux même lorsque le médecin local est très compétent, on vient en ville pour le diagnostic et le traitement. A cause des automobiles et des bonnes routes, bien des médecins qui

pouvaient autrefois vivre à la campagne ont été obligés de s'établir dans les centres urbains.

Il n'y a tout de même pas lieu de penser qu'un grand nombre de municipalités rurales se trouvent sans services médicaux. Un canton ou une municipalité peuvent n'avoir pas de médecin résidant, mais il peut y avoir près des limites de ce territoire plusieurs médecins qui desservent tout le district et suffisent à la tâche. Les autos, les bonnes routes et les téléphones ont complètement changé les idées sur ce qui constitue le territoire normal d'un médecin.

Bien des collectivités ne se sont pas organisées de manière à tirer le meilleur parti de la législation existante et à avoir leurs propres services d'hygiène.

Le Dr McCann: Dans ce mémoire, parlez-vous de la situation d'avant-guerre ou de la situation actuelle?

Le témoin: Monsieur le président, avec votre permission, j'aimerais exposer ce qu'était la situation avant la guerre. On peut remarquer que la guerre a aggravé la situation et qu'à l'heure actuelle il se fait un relevé national de l'actif et du passif quant à la santé. Les résultats de ce relevé pourraient bien modifier le tableau. Mais nous devrions, je crois, rapporter la situation à l'époque qui a précédé la guerre.

Pour diverses raisons, bien des collectivités ne se sont pas organisées de manière à profiter pleinement de la législation existante qui leur aurait permis de développer les services d'hygiène dont elles auraient eu besoin. Par exemple, dans les régions rurales où les hôpitaux bénévoles sont insuffisants, un plus grand nombre d'hôpitaux municipaux ou mutuels auraient grandement amélioré les services de santé. Pour différents motifs, parmi lesquels il faut mentionner la situation économique, le manque d'entente et de direction et même l'indifférence, les services d'hygiène publique ont été peu utiles dans bien des endroits, lorsqu'ils ne manquaient pas complètement.

3. Insuffisance des services préventifs

Le programme actuel de médecine préventive dans le pays est loin d'être suffisant. Notre principal travail jusqu'à présent a consisté dans le soin des maladies. Nous avons paré au manque de santé. A l'avenir, nous devrions insister davantage sur le développement de la santé, la médecine préventive et l'hygiène publique. Il est moins coûteux de prévenir une maladie que de la guérir. Nos progrès dans ce sens ont été constants et appréciables, mais beaucoup trop lents. Ces déclarations ne veulent pas dire que les services d'hygiène provinciaux, fédéraux et municipaux n'ont pas accompli un excellent travail. En réalité, ils ont fait beaucoup, souvent dans des circonstances très difficiles. Mais les résultats ont été bien inférieurs à ce qu'ils auraient pu être si l'on avait eu des fonds suffisants. Malheureusement, si dans le passé il y a eu de l'argent pour bien d'autres fins, il a été difficile d'obtenir des fonds suffisants pour réaliser des programmes efficaces de travail préventif et d'éducation publique en matière de santé.

ASSURANCE-MALADIE

4. L'attitude de la Canadian Medical Association relativement à l'assurance-maladie

Se rendant compte de la situation telle que nous l'avons exposée, et du fait qu'il faut trouver des solutions à ces difficultés, la *Canadian Medical Association* a étudié activement la question de l'assurance-maladie pendant une quinzaine d'années. En 1934, le conseil de l'Association a tracé et adopté un plan d'assurance-maladie. On a continué ensuite ces études et l'on a revisé, modifié ou réaffirmé les principes sur lesquels le plan était fondé, et cela de temps à autre et jusqu'à l'assemblée annuelle de l'Association, qui eut lieu en juin 1942.

Approbation du principe de l'assurance-maladie

A une réunion du conseil de la *Canadian Medical Association*, tenue à Ottawa les 18 et 19 janvier 1943, réunion où l'assistance fut nombreuse, on a étudié de nouveau la question de l'assurance-maladie. Antérieurement, le conseil avait déclaré que si l'assurance-maladie était instituée au Canada, elle devrait l'être d'après certaines modalités, mais il s'était abstenu de la recommander ou de s'y opposer. A Ottawa, en janvier 1943, le conseil en approuve le principe par l'adoption de la résolution suivante:

> Attendu que la *Canadian Medical Association* s'est donné les objectifs suivants:
>
> 1. Promouvoir la santé et prévenir la maladie;
> 2. Améliorer les services médicaux;
> 3. Incidemment, accomplir tous les actes légaux susceptibles d'assurer le bien-être public; et
>
> Attendu que la *Canadian Medical Association* est vivement consciente de la nécessité de mettre à la disposition de la population entière du Canada des services médicaux efficaces; et
>
> Attendu que la *Canadian Medical Association* a depuis plusieurs années mis à l'étude différents plans susceptibles d'assurer de tels services médicaux; à ces causes, il est résolu que: 1. la *Canadian Medical Association* approuve en principe l'assurance-maladie; 2. elle approuve un plan d'assurance-maladie qui assurera le développement et la disponibilité de services médicaux, préventifs et curatifs, du plus haut degré d'excellence, pourvu que ce plan soit équitable à la fois pour les assurés et pour ceux qui sont chargés de rendre les services requis.

5. Caractères que doit avoir tout plan d'assurance-maladie

Nous entrevoyons pour le Canada un système d'assurance-maladie qui sera plus compréhensif, efficace et solide, que n'importe quel système jamais imaginé et mis en œuvre où que ce soit. La prévention des maladies et le développement à un haut degré de la santé physique doivent y jouer un rôle prépondérant, et ce système doit comprendre des services complets de diagnostic et de traitements médicaux. Un tel programme ne pourra peut-être pas, dès le début, être institué en entier, par suite de l'insuffisance de personnel expérimenté et d'institutions, et peut-être aussi, à cause du coût; mais un service complet doit être prévu et projeté. La science médicale, sous le rapport de la prévention et de la guérison des maladies, devance de beaucoup les moyens de son utilisation par le public. Il est évident aussi que tout plan d'assurance-maladie qui ne comprendrait pas un programme d'alimentation plus rationnelle, de logements plus confortables, et d'allégement des soucis et inquiétudes de la vie, manquera son objectif.

A. *Mesures suffisantes de prévention et de santé publique*

(i) La réorganisation des services de santé publique et de prévention s'impose si l'on désire que le médecin de famille assume une plus grande part de responsabilité quant aux méthodes à employer. Ses services doivent être disponibles et adaptés au programme des autorités de la santé publique. Dans ce programme la famille doit constituer l'unité et le médecin de famille, la première ligne de défense.

(ii) Nos connaissances, sans cesse grandissantes, sur l'alimentation devraient être mises à profit; un régime approprié, disponible à tous, s'impose. Cela comporte non seulement un programme d'éducation énergique, mais aussi un certain degré de sécurité sociale auquel a déjà été fait allusion.

(iii) Les connaissances actuelles sur l'efficacité de l'inoculation, de la vaccination, et autres méthodes d'immunisation et de diagnostic, en matière de contrôle et d'enrayement des maladies, devraient être pleinement utilisées dans l'extension des services de santé, fonctionnant avec l'aide des médecins ordinaires.

(iv) Des programmes d'application générale, sur l'hygiène et la salubrité publique, doivent être établis et exécutés.

(v) Tous devraient pouvoir, à intervalles appropriés, subir un examen médical périodique. La détection de la maladie, dès son début, constitue le moyen le plus efficace de la maîtriser.

(vi) Un examen médical complet de tous les enfants doit être au nombre des moyens utilisés pour corriger les défauts physiques. Cela contribuerait beaucoup à améliorer la santé de nos enfants.

(vii) Une application plus générale des méthodes actuellement connues pour le contrôle du goitre, amènerait infailliblement un abaissement dans la fréquence de cette maladie dans les régions qui en sont atteintes. Tout cas de ce genre, au Canada, devrait être constaté à la suite d'un examen attentif.

(viii) Un programme soigneusement préparé pour enrayer les maladies vénériennes est nécessaire dans tout le pays.

(ix) Cinquante mille Canadiens souffrent actuellement de cancer; plus de 12,000 meurent de cancer chaque année; pourtant, beaucoup pourraient être guéris si la maladie était diagnostiquée et traitée de bonne heure. Un programme de lutte contre le cancer, poussé avec vigueur, doit faire partie intégrante de tout plan d'assurance-maladie.

(x) Il serait possible, en vingt-cinq ans, de faire disparaître la tuberculose, au Canada, si on avait les facilités nécessaires à sa détection et son contrôle.

(xi) Bien-être maternel.—Une diminution marquée s'est produite dans la mortalité et l'invalidité maternelles, mais elles pourraient être réduites davantage au moyen d'un plan de bien-être maternel utilisant les méthodes dont l'efficacité est prouvée.

(xii) Un traitement dentaire approprié pour l'enfant est une condition préalable de sa bonne santé.

(xiii) Un examen médical, préalable à l'embauchage, permettrait de placer les individus dans les emplois qui leur sont le mieux appropriés.

Un programme progressif pour l'amélioration de la santé et du développement physique des enfants et des jeunes gens, au moyen de terrains de jeu et d'exercices physiques, sous surveillance, est désirable.

De même, le traitement de certaines maladies est étroitement lié au problème du logement, et une coordination des mesures officielles devrait, jusqu'à un certain point, être effectuée à cet égard.

Un tel programme d'application générale contribuerait grandement à la suppression de certaines maladies telles que, la diphtérie, la coqueluche, la tuberculose, le rachitisme, la typhoïde et la petite vérole, et aiderait à abaisser la fréquence de plusieurs autres, telles que certaines formes de maladie mentale, maladie de cœur rhumatismale, goitre, maladies vénériennes et cancer. Avec les années, le coût des services curatifs devrait diminuer considérablement, à mesure que la maladie est enrayée et la santé améliorée.

B. *Services de médecins ordinaires*

Le service fondamental devrait être celui du médecin ordinaire. Lorsque des soins médicaux sont nécessaires, ces soins devraient être à la disposition du patient, gratuitement, en tout temps. L'individu devrait avoir le droit de choisir son médecin—et *vice versa*.

C. *Spécialistes et consultants*

La science médicale a fait des progrès tellement rapides que certains cas requièrent une étude et traitement par des spécialistes et consultants d'expérience suffisante et de réputation reconnue. Un tel service est d'une valeur inestimable et doit être facile à obtenir.

D. *Services de diagnostiques supplémentaires*

Tout service de diagnostic susceptible d'être de quelque utilité devrait être à la portée des gens. Cela devrait comprendre les méthodes diagnostiques de laboratoire, de radiologie, et autres méthodes scientifiquement reconnues, ainsi que les services d'un médecin consultant. Au besoin, des services de diagnostic devraient être établis dans certaines régions désignées. Dans certain cas, la mise en commun et la centralisation de certains de ces services amèneraient une diminution du personnel et, partant, une réduction dans les frais d'administration.

Tout procédé diagnostique de valeur reconnue devrait être à la portée de tout le monde.

E. *Hospitalisation*

Des facilités d'hospitalisation devraient être à la disposition de tous ceux qui en ont besoin et pour aussi longtemps qu'ils en ont besoin.

F. *Soins de garde-malade*

Les soins d'une infirmière visiteuse devraient être disponibles au foyer sur l'ordre du médecin traitant. Les soins continus d'infirmières devraient être disponibles sur l'autorisation du médecin régional.

G. *Produits pharmaceutiques et accessoires*

Les produits et préparations pharmaceutiques, d'après un formulaire qu'on pourrait préparer, devrait être disponibles sur l'ordre du médecin. Tous accessoires tels que, lunettes, béquilles, jambes artificielles, etc., devraient être disponibles quand la chose est raisonnable et qu'elle est autorisée.

H. *Services dentaires*

La prophylaxie et les soins dentaires, dans une limite spécifiée, devraient être disponibles à tous.

I. *Problèmes exigeant une attention spéciale*

Il existe un besoin assez urgent d'installations pour le rétablissement des personnes rendues partiellement impotentes à la suite d'une maladie physique ou mentale. Un tel programme reposerait sur un fondement solide au double point de vue humanitaire et économique.

Il y a place aussi, dans toutes les provinces du Canada, pour un plus grand nombre d'institutions pour les vieillards et les invalides.

Cela s'applique également à ceux qui souffrent de maladie chronique.

6. LES POINTS FAIBLES DES PLANS D'ASSURANCE-MALADIE DES AUTRES PAYS DEVRAIENT ÊTRE ÉVITÉS

Je m'attarde ici pour faire remarquer que, si nous sommes sages, nous ferons en sorte d'éviter, au Canada, les erreurs commises dans les autres pays. Quarante pays ont maintenant l'assurance-maladie. Certains de ces plans ont fonctionné depuis plusieurs années. Il importe de les étudier avec soin. Je désire vous parler des points faibles que nous avons remarqués et qui, à notre sens devraient être évités.

Il convient, lorsqu'il s'agit de légiférer sur l'assurance-maladie au Canada, de tirer profit de l'expérience des autres pays. Leurs lois sur l'assurance-maladie ont fait l'objet d'une étude sérieuse de la part de votre association.

En 1937, dans le but de se procurer des renseignements de première main, l'Association médicale canadienne a envoyé son secrétaire général étudier, en Europe, le fonctionnement de l'assurance-maladie.

Les points faibles et lacunes qui suivent, remarqués là et ailleurs, devraient être évités au Canada:

(*a*) Champ d'activité restreint, dans certains pays.

Un plan qui ne pourvoit qu'aux services du médecin ordinaire, n'est pas complet. Un tel état de choses est injuste et pour le malade et pour le spécialiste.

Lorsque l'hospitalisation n'est pas prévue, le malade se voit forcé, soit de s'en passer, soit de faire des dépenses onéreuses, soit encore de recourir à la charité. Trop souvent, dans de telles circonstances, l'assurance-maladie dégénère en institution de charité.

(*b*) Certains plans ne s'appliquent pas aux personnes à charge.

Le fait d'exclure des prestations les personnes à la charge de l'assuré met le gagne-pain, dans la plupart des familles, dans l'obligation d'assumer la majeure partie des frais de maladie (plus des deux tiers des hospitalisés, dans le cas des familles de deux enfants, et une proportion encore plus élevée, soit près des quatre cinquièmes dans les cas de soins à domicile et au bureau).

(*c*) "Indigents", catégorie non prévue dans certains pays.

L'admissibilité restreinte à ceux qui ont un emploi ou qui reçoivent un certain revenu ne prévoit pas le cas du nombre variable mais ordinairement considérable des individus appartenant au groupe fréquemment désigné sous le nom "d'indigents" ou de "quasi-indigents". Au point de vue de la santé nationale, et particulièrement de la médecine préventive, il est très important de prévoir le cas de ces groupes.

(*d*) Les sociétés bénévoles, à titre d'"Intermédiaires", considérées comme non-satisfaisantes.

On a constaté que l'intervention des sociétés charitables ou bénévoles, à titre d'intermédiaires selon la Loi, avait eu des résultats néfastes dans l'application d'un vaste plan national. Malgré la nécessité politique invoquée au temps où il fallait fournir de l'appui à cette mesure, il est maintenant devenu évident que ces intermédiaires ont servi à introduire un tiers entre le malade et son médecin et entre le citoyen et le gouvernement. Au cours des années, ces intermédiaires ont accumulé de larges surplus et sont devenus si puissants, qu'en raison de leurs effectifs, ils peuvent imposer leur volonté au gouvernement en matière d'assurances. Dans un autre pays, ils se sont livrés aux jeux de la politique et ils se sont plus intéressés à recruter des membres qu'à s'occuper de fournir des soins médicaux.

(*e*) Rémunération disproportionnée aux services rendus.

Une rémunération disproportionnée aux services rendus peut prendre un caractère sérieux vis-à-vis du public en général, puisqu'en définitive il en résulterait une baisse dans la qualité de ce service. Les médecins, dentistes, infirmières, techniciens et tous les dispensateurs de services spécialisés ou experts devraient recevoir une rémunération proportionnée à ce qu'il leur en a coûté, en temps et en argent, pour s'initier à leur art et ensuite à se perfectionner, sans oublier leur part de responsabilité et le caractère onéreux et dangereux de leur travail. Il est essentiel à la santé de la nation d'assurer que la carrière médicale de l'avenir continue à attirer les jeunes hommes et femmes les plus doués de chaque génération.

(*f*) Prévisions insuffisantes de soins diagnostiques nécessaires.

Certains plans ne prévoient aucune disposition pour les moyens de diagnostics appropriés, tels que les laboratoires, les examens aux rayons-X et les services consultants. Lorsque ces derniers sont requis, c'est le malade qui doit payer, ou, cas assez fréquents, ce sont les hôpitaux et les consultants qui les dispensent gratuitement ou moyennant paiement partiel. Ces méthodes ne favorisent ni un diagnostic rapide, ni un traitement effectif, ni un prompt rétablissement.

(*g*) Carence de principes démocratiques de certains plans.

Dans un grand pays d'Europe, le plan en vigueur depuis longtemps consacre des méthodes extrêmement dictatoriales et bureaucratiques qui ne permettent guère aux membres individuels ou aux dispensateurs de services de présenter leurs plaintes ou d'apporter des remèdes aux manquements ou aux abus. L'assurance-maladie devrait constituer une société fortement intégrée, dont toutes les parties constituantes—l'assuré, les dispensateurs de services et l'Etat—participeraient à la direction.

(*h*) La médecine préventive et l'hygiène publique négligées dans certains plans.

Malgré son extrême importance, la plupart des plans connus d'assurance-maladie ne donnent pas assez de place à la médecine préventive. L'insistance s'est surtout manifestée à l'égard de la médecine curative. Le Canada a l'occasion de développer un système d'assurance-maladie qui, par l'intégration des mesures préventives déjà mentionnées, devrait, non seulement, établir de nouvelles normes de législation sanitaire, mais avoir sur notre hygiène nationale future un effet salutaire dépassant toutes les prévisions.

7—*Autres points à considérer à l'égard d'un plan d'assurance-maladie.*

(*a*) Pour élaborer un plan d'assurance-maladie au Canada, il faudrait sérieusement s'assurer de la justesse et de la facilité d'interprétation des mesures à prendre.

La profession médicale recommande un service complet de haute qualité. De ce fait, la profession médicale se trouvera en face de changements fort avantageux mais fâcheux, sous certains autres aspects. Cependant, nous sommes prêts à aider à la constitution et la mise en exécution de ce service, pourvu, bien entendu, qu'il produise pour tous les assurés des résultats de haute efficacité, qu'il soit à l'égalité ou supérieur au service du passé, et qu'il soit juste à l'égard de l'assuré et du dispensateur de service.

(*b*) L'assurance-maladie devrait-elle être une mesure strictement fédérale, ou une mesure provinciale appliquée en vertu d'un loi fédérale d'autorisation et à l'aide de subventions fédérales?

On remarque que la presse s'intéresse vivement à cette question.

Nous nous rendons compte de tous les avantages qui découleraient d'une mesure unique d'assurance-maladie d'envergure nationale. Il semble se présenter, toutefois, certains facteurs qui pourraient militer en faveur de l'établissement de l'assurance-maladie sur une base provinciale. Les plans provinciaux devraient être coordonnés par une loi fédérale d'autorisation. Une telle loi fédérale devrait donner les grandes lignes des normes auxquelles les provinces devraient se conformer pour devenir admissibles aux subventions fédérales. Cette allégation se base sur les raisons suivantes:

1. Les conditions locales: coût de la vie, nécessité des services et leur coût, revenus, etc., varient d'une province à l'autre.

2. Un certain degré de variante et d'expérience dans les détails n'est pas sans avoir quelque valeur.

3. Il serait beaucoup plus difficile de dresser un projet de loi fédérale acceptable dans tous ses détails à toutes les parties du Canada que de rédiger une mesure fédérale uniquement destinée à tracer les grandes lignes du projet et abandonnant les questions de modalités à chaque province.

4. Le maintien d'une uniformité rigide dans la structure générale des plans à élaborer dans les diverses provinces devrait simplifier les problèmes d'unification éventuelle, si cette unification devenait opportune.

5. Il ne serait pas nécessaire de recourir à une revision de l'Acte de l'Amérique britannique du Nord.

Une forme quelconque de contrôle fédéral est essentiel à l'uniformité.

Si, comme on le suggère précédemment, l'autonomie provinciale doit être maintenue, il est extrêmement important qu'une certaine mesure de contrôle fédéral soit retenue. Ce contrôle devrait se restreindre aux matières attenantes à l'étendue et aux normes des services, ainsi que cela a déjà été indiqué. Toutefois, il est important que ce contrôle soit maintenu car ce n'est qu'à l'aide de ce levier que l'on pourra arriver à un certain degré d'uniformité. A moins qu'il n'existe une grande similarité dans les méthodes et les programmes ayant trait à la prévention et au contrôle des maladies, les résultats, au point de vue national, seront compromis.

(*c*) Administration.

Au fédéral. S'il arrive que la loi fédérale adoptée soit une mesure d'autorisation, il s'ensuivra que la fonction du gouvernement fédéral vis-à-vis des provinces se bornerait plutôt à surveiller la mise en vigueur des lois provinciales en vue d'établir l'admissibilité des provinces aux subventions fédérales et autres aides prévues par la loi.

Sur cette assise, il est à recommander que l'administration fédérale soit confiée au ministre de la Santé nationale, appuyé d'un conseil consultatif fédéral d'assurance-maladie.

Si la direction fédérale doit ressortir au ministère des Pensions et de la Santé nationale, elle devrait être confiée à une division d'assurance-maladie sous la conduite d'un directeur.

Au provincial. Il est à recommander sérieusement que, dans les provinces, le plan passe à UNE COMMISSION NON POLITIQUE ET INDÉPENDANTE qui serait responsable envers la législature par l'intermédiaire du ministre de la Santé. En raison du caractère essentiel des soins hygiéniques, la *Canadian Medical Association* considère qu'il est éminemment désirable de soustraire ces importants services sanitaires à toute possibilité d'ingérence dans la continuité des services ou dans le personnel, par suite de changements politiques.

En outre, nous croyons que la commission devrait être établie et constituée de manière à jouir de la plus grande liberté d'action et que ses membres puissent réellement représenter les divers groupes professionnels ou les autres groupes intéressés aux œuvres de la loi; il serait même préférable que les membres de la commission soient nommés par ces groupes.

(*d*) Il serait sage de laisser maints détails à la discrétion des provinces. Parmi ceux-ci, il convient de noter les suivants:

i. Le niveau du revenu au-dessous duquel les habitants seraient englobés dans un plan obligatoire (ce niveau pourrait être fixé à un degré suffisamment élevé pour permettre l'inclusion de tous les habitants, ou à un niveau convenu susceptible de varier de province à province);

ii. Le taux et le mode de rémunération de tous services, professionnels ou bénévoles;

iii. Les meilleurs moyens d'obtenir des services préventifs et sanitaires complets dans la province intéressée;

iv. Les moyens particuliers nécessaires pour sauvegarder, à titre de principe essentiel, le maintien du personnel enseignant des facultés médicales et des hôpitaux de chaque province.

(*e*) L'admissibilité des malades à petit revenu ou à revenu inexistant.

Les malades, communément appelés "indigents", qui ne peuvent acquitter les services médicaux dont ils ont besoin devraient être compris dans ce plan. Il serait grossièrement injuste, non seulement envers le public, mais aussi envers ceux qui rendront ces services de santé, d'omettre ce groupe de malades des prestations prévues à ce plan. Il faudrait insérer dans les lois d'autorisation fédérales et provinciales qui seront passées, des dispositions prévoyant le cas de ces malades.

(*f*) Le plan devrait être établi à base de contributions.

Il semble juste d'ériger en principe que ceux qui vont jouir des prestations doivent être appelés à contribuer à la caisse. L'individu qui participe à l'établissement de la caisse des prestations devrait faire preuve d'empressement dans l'élimination des retraits injustifiés. Pour ceux qui ne sont pas à l'emploi d'un tiers, une base d'évaluation directe pourrait être établie.

(*g*) Rémunération.

La rémunération de ceux qui dispensent les services visés par ce plan devrait être raisonnable et proportionnée aux hautes qualités des services que l'on attend d'eux. Dans le cas du médecin-praticien (le praticien général), il est évident qu'il faudra établir des bases de rémunération variant suivant les régions. Dans certains territoires, une rémunération à base de service peut être pratique; dans d'autres, il serait préférable d'établir cette rémunération à base de capitation (un honoraire de tant par tête par année, indépendamment du service rendu); dans certains autres territoires, particulièrement dans les régions rurales où la population est faible et clairsemée, il vaudrait mieux établir la rémunération d'après un salaire fixe, ou d'après une combinaison de deux des trois modes suggérés. Par suite de cette situation, nous recommandons que les modalités de rémunérations, ainsi que leurs montants, soient laissés au choix des provinces individuelles, après consultation entre la commission et les représentants de la profession médicale.

Dans le cas de spécialistes ou de médecins consultants, il semble nécessaire de les payer d'après les services rendus.

(*h*) La formation des médecins doit être maintenue à un niveau élevé.

Un personnel médical suffisamment nombreux et ayant reçu une formation complète est absolument essentiel à l'exécution de tout plan d'assurance-maladie. Il est nécessaire à la santé et à l'avenir de la nation. Si des obstacles entravent la formation des futures générations de médecins, la médecine scientifique disparaîtra, et en même temps la santé de la nation déclinera. Cette vérité est évidente. Monsieur le président, permettez-moi de souligner cette phrase: Si des obstacles entravent la formation des futures générations de médecins, la médecine scientifique disparaîtra et en même temps la santé de la nation déclinera.

Jusqu'ici, l'enseignement de clinique s'est poursuivi dans des salles d'hôpital consacrées à cette fin; en général, les salles publiques de nos grands hôpitaux enseignants étaient utilisées. Le malade était hospitalisé gratis ou à un taux minime, et les soins médicaux étaient gratuits. Bien que les malades aient été disponibles pour la discussion de chevet et la démonstration des méthodes d'examen et de traitement, les soins étaient excellents et les malades intéressés ont toujours donné leur entière collaboration. Avec un plan d'assurance-maladie où seraient éliminés les groupes qui reçoivent les soins dits gratuits,

il se peut que les occasions d'enseigner dans les cliniques diminuent. Il est prévu que l'excellente qualité du diagnostic et des traitements pratiqués dans les hôpitaux enseignants, qualité depuis longtemps reconnue, suffira probablement à assurer un nombre suffisant de malades, mais il faut tout de même se rendre compte qu'il est tout à fait dans l'intérêt du public de maintenir la popularité des hôpitaux enseignants, afin que l'enseignement ne souffre pas.

(i) Le plan devrait être établi sur une base obligatoire pour les catégories de cotisés mentionnées et devrait être appliqué sans exception.

C'est-à-dire, tous ceux dont le revenu atteint certains montants stipulés devraient être obligés de contribuer à la caisse et devraient avoir droit aux prestations, et aucune disposition ne devrait exclure les groupes dont le revenu n'atteint pas le niveau fixé pour l'application de la loi.

La valeur d'un projet qui donne pleine satisfaction se calcule en grande partie d'après ses mesures de prévention. Toute la population bénéficiera de ces services et devrait y contribuer. Par contre, si les mesures de prévention ne s'appliquent pas à tous les groupes, non seulement ceux-ci en souffrent mais ils mettent en danger la santé des autres.

Certains projets sont déjà en vigueur dans plusieurs endroits au Canada; ils sont établis sur une cotisation volontaire payée d'avance et assurent les soins médicaux ou l'hospitalisation, ou les deux. Quelques-uns de ces plans sont excellents—dans leurs limites. Mais aucun, à notre connaissance, n'offre, au point de vue prévention, diagnostic et soins, la protection complète que nous croyons avoir envisagée dans le projet soumis à ce Comité. Quelques-uns de ces plans ne s'appliquent pas aux charges de famille. D'autres tiennent compte des charges de famille mais, dans les villes à une seule industrie, ils n'assurent pas toujours les citoyens qui ne sont pas directement attachés à l'usine. Tout plan national ou provincial qui mérite d'être accepté devrait offrir plus que les plans particuliers. Ceux-ci ont accompli une œuvre importante en lançant ce service, mais il est dans l'intérêt national d'unifier tous les plans particuliers. Une subvention du Gouvernement aurait pour résultat de diminuer la contribution que payent ces industries dans les circonstances actuelles.

D'autres pays, et la Grande-Bretagne surtout, ont appris, d'après les résultats, que l'exclusion de certains groupes et l'utilisation de projets actuels compliquaient la situation et multipliaient les obstacles au succès de l'entreprise. Du point de vue de l'administration, plusieurs succursales, chevauchant peut-être dans une localité, donnent lieu à une situation tellement confuse qu'il est très difficile d'obtenir un fonctionnement efficace. Une autre difficulté surgit lorsqu'un particulier change d'emploi ou quitte une ville pour une autre. Si le Canada adopte l'assurance-maladie, que son fonctionnement ne soit pas entravé par un manque de perspicacité ou de courage.

Il y a aussi au Canada certains groupes qui n'acceptent pas de services médicaux—du moins à certain temps. Cependant ils ont tous profité des mesures de prévention et des services de santé publique, et tôt ou tard, la plupart d'entre eux ont également bénéficié du diagnostic et des traitements. Mais de plus, tous nos citoyens ont la même obligation vis-à-vis de la collectivité. Il n'y aura probablement aucun argument favorisant l'exclusion de certains groupes de la participation à un plan quelconque qui n'a pas déjà été présenté il y a deux ou trois générations contre l'inclusion du grand public dans un projet qui proposait de taxer toute la population pour l'entretien des écoles publiques, même si tous ne profitaient pas également des privilèges offerts. Naturellement, il est tout à fait dans l'ordre que ceux qui le désirent obtiennent leurs soins médicaux indépendamment de tout projet d'assurance, comme certains particuliers fréquentent des écoles qui ne relèvent pas de la Loi des écoles publiques ou séparées.

Il est aussi dans l'ordre qu'une institution ou un membre d'une profession quelconque refuse de se conformer au plan et continue d'offrir ses services parti-

culiers aux conditions qui lui conviennent ainsi qu'à ses clients, pourvu que ces dispositions ne soient pas contraires à l'intérêt public.

(*j*) S'l est prévu des prestations en argent pour temps perdu à cause de maladie, elles devraient être fournies à même un fonds tout à fait séparé de l'assurance-maladie.

Les prestations en argent sont naturellement très importantes pour l'assuré. Il est tout à fait vrai "qu'une personne malade a plus besoin de secours pécuniaires qu'une personne en santé". C'est logique, mais au point de vue de l'efficacité du service médical les prestations en argent qui font partie de l'assurance-maladie ont causé de sérieuses complications.

Dans tous les pays où les prestations en argent pour temps perdu font partie d'un plan d'assurance-maladie, il y a eu beaucoup de mécontentement à cause des complications qu'elles apportent à l'exécution du projet et du fardeau qu'elles imposent au fonds. En vue des résultats obtenus dans les autres pays qui ont un plan d'assurance-maladie, nous recommandons vivement que ces secours soient fournis par l'entremise d'un plan tout à fait indépendant de l'assurance-maladie.

8. L'assurance-maladie peut-elle parer aux besoins des endroits où la population est clairsemée?

Oui. Dans les régions où un médecin ne peut gagner suffisamment avec la rémunération prévue par le plan, la Commission pourrait accorder un traitement assez élevé pour attirer nos médecins. Si nous fournissons des services régionaux de gardes-malades, ainsi que des services de diagnostic et d'hospitalisation satisfaisants, et si, dans des limites raisonnables nous permettons à nos médecins de s'absenter pour des vacances ou dans le but de poursuivre leurs études, ceux-ci s'établiront dans les régions rurales.

Si de jeunes étudiants brillants qui ont besoin de secours pécuniaires recevaient des bourses pour leur permettre de terminer leur cours de médecine, ils pourraient être tenus de servir dans ces régions pour un certain nombre d'années. Le même résultat pourrait être obtenu en offrant aux jeunes hommes et aux jeunes femmes, comme cela s'est fait en Australie, l'occasion de poursuivre leurs études après une certaine période de service dans les régions rurales.

9. L'hygiène et la conservation de la santé.

Monsieur le président, il est inconcevable qu'au Canada, de nos jours, nous puissions penser à la santé de notre population sans envisager l'avenir et les moyens d'obtenir un niveau de santé plus élevé.

Durant les deux dernières générations nous avons fait plus de progrès sous le rapport de la disponibilité des soins médicaux que pendant les deux siècles précédents. Nous envisageons pour l'avenir des progrès encore plus marqués.

Procédés de diagnostic améliorés

Des procédés de diagnostic améliorés et plus disponibles aideront beaucoup dans la lutte contre la maladie. Il est à souhaiter que l'excellent système actuellement en vigueur dans plusieurs provinces en vertu duquel le ministère de la Santé analyse certains prélèvements, frottis, échantillons de sang, etc., soit amplifié. La création de laboratoires-succursales a beaucoup aidé. L'établissement de "centres de diagnostic" dans des endroits stratégiques peut être prévu. Ceux-ci pourraient être administrés par des règlements appropriés au genre de service, à la rémunération et aux aspects moraux. Puisque l'inclusion des nécessiteux dans un plan d'assurance-maladie peut rendre inutile la plupart des dispensaires de nos hôpitaux, ceux-ci pourraient être changés en "cliniques de diagnostic" ou centres pour malades soignés aux dispensaires.

Médecine rurale

La médecine rurale sera mieux organisée à l'avenir. Les soins médicaux doivent être mis à la disposition de tous. Ceci ne veut pas dire que les médecins spécialisés attendront qu'une poignée de colons clairsemés viennent les consulter, mais bien qu'une méthode sera élaborée dans le but de mettre à la disposition de ces personnes des soins médicaux "positifs". Nous pouvons mettre à exécution ce projet en établissant des services régionaux de gardes-malades, des hôpitaux ruraux suffisants et en accordant aux médecins une rémunération qui compense effectivement les fatigues de ce genre de travail. Ce plan sera facilité par de bons chemins et de meilleurs moyens de transport.

Quant aux services de spécialistes et de médecins consultants, il n'y a aucune raison pour qu'ils ne seraient pas mis à la disposition des régions rurales. L'absence de l'obstacle économique et l'amélioration des moyens de transport rendent en grande partie la consultation médicale plus abordable. Le problème plus compliqué d'apporter au malade rural les soins de spécialistes ou de médecins consultants peut être résolu en suivant la pratique du transport aérien lancée en Australie il y a déjà quelques années et utilisée maintenant dans la médecine militaire. Nous verrons peut-être, sous peu, des avions attachés au service de santé, mis à la disposition de certaines régions pour transporter au secours de ceux qui sont blessés ou gravement malades des spécialistes, des médecins consultants ou même des "équipes chirurgicales". Les mêmes avions pourraient servir "d'ambulances aériennes" pour transporter les malades à l'hôpital. L'hélicoptère serait particulièrement utile à cet effet.

Centres d'hygiène

Nous prévoyons dans certains endroits la création de "centres d'hygiène" semblables à ceux qui étaient proposés par la *British Medical Planning Commission* dans son rapport de 1942. Dans ses grandes lignes, le projet recommandait ce qui suit:

Le centre d'hygiène aura pour local un édifice comprenant une série de salles de consultation, des salles d'attente, une salle d'opération pour les opérations sans gravité, des laboratoires et autres commodités. Les praticiens généraux de la ville ou de cette partie de la ville se serviront du centre d'hygiène comme bureau de consultation. Ils ne seront pas associés, comme dans une clinique, mais ils utiliseront ces commodités en commun. Chaque médecin aura ses propres clients qui par contre auront usé de leur droit de choisir leur médecin. Des spécialistes visiteront les malades soit au centre, soit ailleurs. Les personnes sérieusement malades ou dont les cas présentent des difficultés particulières seront envoyées à l'hôpital. Le travail au centre sera préventif et éducatif, aussi bien que diagnostique et curatif.

Le service des rayons-X, les laboratoires, ainsi que le dispensaire, le service du secrétariat et le service des archives cliniques seront à la disposition des médecins participants. Les quartiers-généraux des visiteurs hygiénistes et des gardes-malades régionales seront établis au centre.

Une grande ville pourrait compter un certain nombre de ces centres. Nous pourrions ajouter que dans le cas où l'hôpital occuperait un emplacement central, l'immeuble des bureaux pourrait fort bien être contigu à l'hôpital ou en faire partie.

Hôpitaux

Notre système actuel d'hôpitaux est excellent, mais il s'avérera probablement beaucoup plus complet dans les années à venir. Nous espérons sincèrement que nous continuerons toujours de nous prévaloir des services du groupe imposant d'hôpitaux bénévoles, tant laïques que religieux, qui ont répondu aux besoins de nos malades depuis nombre d'années. Cependant, il devrait être possible, sans mettre ce système en danger, de suivre quant à la construction et

à l'aménagement d'hôpitaux un programme bien conçu et fondé sur les besoins des provinces et des agglomérations plutôt que de s'en tenir à un système s'inspirant d'initiatives locales non condamnées et faisant parfois double emploi.

Des hôpitaux construits d'après un plan spécial devraient être disponibles dans les régions rurales. Ces hôpitaux ne devraient pas être plus imposants que ne le justifient les besoins locaux, le personnel professionnel et technique disponibles, et la proximité d'installations semblables ou supérieures. Et ces hôpitaux ne devraient pas être plus nombreux que ne l'exigent les conditions locales. Le besoin de nombreux hôpitaux ruraux devrait diminuer au lieu d'augmenter à mesure que les facilités de transport s'améliorent. Par ailleurs, s'il était possible de coordonner les hôpitaux ruraux et urbains de façon à permettre le transfert rapide de patients, au besoin, aux institutions mieux outillées, il devrait en résulter une diminution de la mortalité, une convalescence plus rapide et une économie tant à l'égard du personnel spécialisé que du matériel spécial.

On comblera assurément une lacune regrettable constatée dans nos installations actuelles; cette lacune tient au besoin d'un plus grand nombre d'hôpitaux pour les convalescents et les personnes souffrant de maladies chroniques ou incurables. Les dispositions prises à ce sujet aboutiraient à une véritable économie.

De telles améliorations alliées à un relèvement général en matière de sécurité sociale et de projets d'hygiène, par exemple: emploi et entretien assurés, meilleure alimentation, salubrité améliorée, programmes de logement et d'éducation physique plus au point, produiraient un relèvement étonnant de la santé nationale.

Conclusion:

La *Canadian Medical Association* s'est appliquée sans relâche depuis les dix dernières années à connaître l'opinion de la profession médicale sur la question de l'assurance-maladie. Les vues formulées dans cet exposé constituent le résumé de ces opinions.

On nous a remis depuis la rédaction de ce mémoire les avants-projets du comité consultatif de l'assurance-maladie. Bien que certains d'entre nous aient eu l'occasion de voir les propositions en question, elles n'ont pas été communiquées à nos sociétés constituantes. Nous espérons que la profession médicale de tout le Canada aura prochainement l'occasion d'examiner ces propositions d'une façon détaillée, et que nous serons ensuite en mesure de revenir vous voir pour discuter les aspects des propositions sur lesquelles vous désirerez peut-être nos conseils et nos opinions.

Pour conclure, la *Canadian Medical Association* tient à assurer le Comité spécial de la sécurité sociale que notre entier organisme dont les ramifications s'étendent d'un océan à l'autre est prêt à contribuer dans toute la mesure possible à la solution d'un des plus importants problèmes du pays, savoir, la protection de la santé de notre peuple.

Le PRÉSIDENT: Je vous remercie, docteur Routley, de votre exposé très juste et complet.

M. Breithaupt:

D. Monsieur le président, le docteur Routley a parlé de terrains de jeux et de leur développement dans l'exécution d'un programme de santé. Certaines villes canadiennes, telle que Kitchener, celle d'où je viens, ont eu des terrains de jeux et les ont exploités depuis plusieurs années. Je voudrais demander au docteur Routley s'il est d'avis que la santé de l'agglomération établie dans les districts qui possèdent de tels terrains de jeux s'avère meilleure ou s'est améliorée en comparaison de la situation qui existe dans d'autres villes,—en raison de ces terrains de jeux et des exercices auxquels on s'y livre?—R. J'estime ne pas avoir assez de données statistiques pour répondre de façon précise à cette question, mais je puis répondre que d'après les archives de nos cours juvéniles, les terrains de jeux surveillés ont grandement aidé à améliorer le moral des enfants dans la

zone du terrain de jeu; je crois, monsieur le président, que nous pourrions en conclure que le relèvement du moral et de meilleurs enfants se traduisent probablement par une meilleure santé.

M. Donnelly:

D. Je me demande si le docteur Routley indiquerait au Comité la différence entre l'assurance-maladie telle que nous la concevons ici et la médecine d'état?—R. Monsieur le président, je ferai observer en réponse à la question du docteur Donnelly que le mot "assurance" comporte pour nous tous l'idée du paiement de primes: l'argent entre en question et des services sont achetés. L'assurance-maladie prévoit un plan en vertu duquel des sommes sont mises en commun, et ceux qui dispensent des services aux assurés sont rémunérés à même cette caisse. La médecine d'état est, d'autre part, une affaire toute différente. La médecine d'état constituerait un plan suivant lequel les médecins et les autres hygiénistes seraient employés, rémunérés et dirigés par l'Etat. Je pourrais dire, monsieur, que les expressions "assurance-maladie" et "médecine d'état" sont employées en quelque sorte alternativement comme si elles signifiaient la même chose quand, en fait, ces plans sont tout à fait différents.

M. Cleaver:

D. Monsieur le président, il y a trois questions que je voudrais poser au docteur Routley. Si j'ai bien compris votre exposé, docteur Routley, vous avez exprimé l'opinion que la commission provinciale chargée d'appliquer la loi devrait se composer surtout de professionnels. Voudriez-vous indiquer comment, d'après vous, le malade devrait être représenté à la commission d'administration? —R. Monsieur le président, le porte-parole de la *Canadian Medical Association* est notre président, le docteur Archer. J'ai présenté cet exposé en conformité des instructions que j'ai reçues, mais je pourrais m'en rapporter à notre président et lui laisser indiquer s'il répondra ou ne répondra pas à ces questions ou s'il désignera un de ses collègues à cette fin.

Le Dr Archer: Je serais bien aise que le docteur Routley réponde à cette question, et je pourrais faire observer que si vous lisez l'exposé de près vous y noterez, à la proposition relative à l'application de la Loi provinciale, que nous recommandons une commission indépendante qui pourra faire rapport à la législature par l'entremise du ministère de la Santé. Nous proposons que l'on pourvoie à une juste représentation de tous ceux qui sont intéressés. Nous ne proposons pas dans cet exposé que la profession médicale compte le plus grand nombre de représentants, mais ceux qui sont intéressés au problème compteront tous des représentants auprès de la commission, et nous proposons que tous les groupes intéressés aient des représentants soit auprès de la commission soit auprès du comité consultatif de l'assurance-maladie. Il m'est impossible de répondre d'une façon précise à cette question au nom de la profession, car les médecins des diverses provinces sont loin de s'entendre sur la forme exacte que devrait revêtir la commission dans une province particulière. Cependant, de façon générale, nous nous rallions à l'idée que ceux qui sont intéressés devraient compter des représentants dans la commission; si la commission comprend peu de membres, tous les groupes ne pourront y compter des représentants, mais ils seront représentés auprès de la commission même ou auprès du comité consultatif de l'assurance-maladie.

M. Cleaver: Merci, docteur Archer. Ma question suivante portait,—si j'ai bien compris la première lecture de votre exposé, vous et votre association recommandez que les spécialistes soient rémunérés au moyen d'honoraires. Voudriez-vous expliquer pourquoi il conviendrait de les rémunérer au moyen d'honoraires plutôt que partiellement au moyen d'un traitement et partiellement au moyen d'honoraires.

Le TÉMOIN: Les médecins sont rémunérés de différentes façons et il conviendrait peut-être que je consigne ces modes de rémunération au compte rendu. Des honoraires pour un service constituent une modalité d'après laquelle un patient va chez le médecin, reçoit quelque service puis en acquitte le prix. La capitation employée dans certains pays signifie que le patient reçoit un service revêtant la forme des soins médicaux qui peuvent être requis; sans égard aux soins que le médecin procure à son client, une somme fixe est versée pour ce service. Nous avons en ce pays le médecin municipal qui est rémunéré sur la base d'un contrat-traitement. Maintenant, pour en revenir à la question de M. Cleaver: on a soutenu que le praticien général pourrait peut-être, sous le régime de l'assurance-maladie, être rémunéré de ses services au moyen de la capitation. Vous noterez, monsieur le président, que notre mémoire ne comporte pas de représentations et de recommandations à ce sujet, et que nous nous contentons de formuler l'opinion que le mode de rémunération devrait ressortir dans chaque province à la commission et à la profession de cette province.

M. CLEAVER: Si j'ai bien compris, le mémoire recommande que les spécialistes soient rémunérés sur une base d'honoraires.

Le TÉMOIN: Précisément. Je crois qu'il importerait que les spécialistes soient rémunérés de leurs services sur une base d'honoraires, car il serait extrêmement difficile sinon impossible d'établir une formule mathématique quelconque suivant laquelle vous pourriez soumettre un spécialiste à un régime de capitation. Des spécialistes peuvent être appelés à pratiquer trois ou quatre opérations dans une seule famille dans le cours d'une année; parfois leurs services ne seront peut-être pas nécessaires du tout. Cependant, nous prévoyons que sous un régime d'assurance-maladie, la population assurée aura des rapports avec un médecin de famille, et il restera à débattre si ce médecin de famille touchera des honoraires ou sera rémunéré sur une base de capitation. Nous ne proposons pas et nous ne croyons pas qu'il serait pratique pour toute la population assurée d'établir des rapports avec des spécialistes inscrits sur un rôle de spécialistes. En conséquence, nous croyons que les deux cas sont dissemblables.

M. Donnelly:

D. Voudriez-vous établir la distinction entre un spécialiste et un praticien général et indiquer comment vous vous proposez de montrer la différence entre les deux? Nous diriez-vous en quoi consiste la qualité de spécialiste afin que n'importe quel praticien ne puisse se prétendre tel?—R. Monsieur le président, nous espérons que lorsque l'assurance-maladie entrera en vigueur au Canada, les médecins de notre profession qui se tiennent pour des spécialistes seront des hommes reconnus comme tels et détiendront une attestation à cet effet des autorités compétentes. Nous avons au Canada un organisme appelé *The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* constitué par une loi du Parlement et représentant ceux qui sont spécialement formés par tout le Canada, et nous avons recommandé que le *Royal College* soit prié d'attester tous les membres de la profession qui se tiennent pour des spécialistes. Evidemment un spécialiste devrait être un homme possédant une formation et une expérience qui l'autorisent à affirmer dans son domaine choisi, un domaine restreint de la médecine, il est plus compétent que le praticien général. S'il entend limiter son travail à un domaine, il est depuis longtemps reconnu qu'il a droit à des honoraires plus élevés pour ce travail.

M. Cleaver:

D. Voici ma troisième question, monsieur le président, mais j'hésite un peu à la poser. Il s'agit d'une idée que je sais être bien répandue aujourd'hui, parmi un très grand nombre de Canadiens; elle a trait seulement aux mesures curatives, par opposition aux mesures préventives. Dans les sphères plus élevées de l'entreprise industrielle, la production en masse est l'idée maîtresse de nos jours,

et nous avons constaté que les employés expérimentés faisant la même opération plusieurs fois de suite deviennent beaucoup plus experts et qu'ils peuvent faire ce travail particulier mieux et plus rapidement que d'autres. Dans le mémoire que vous avez présenté aujourd'hui même, je n'ai pas entendu de commentaires à ce sujet, par rapport à la médecine. Vous avez déclaré, docteur, que la science médicale en est arrivée à ce point qu'un homme ne peut espérer posséder toutes les connaissances de ce domaine. Etes-vous d'avis que l'efficacité pourrait être augmentée davantage et les frais des services diminués d'autant en portant la spécialisation à un plus haut degré qu'aujourd'hui; disons, par exemple, qu'un chirurgien limiterait toutes ses opérations, dans les grands centres, à l'ablation de l'appendice; est-ce que cela aurait pour effet d'augmenter l'efficacité et de réduire le coût de l'opération?—R. Comme, durant vingt-cinq ans, je me suis plutôt occupé d'administration que de pratique médicale, je préfère laisser mon président répondre à cette question.

Le Dr ARCHER: Tout le champ de la spécialisation est très compliqué et très important, et il doit être entièrement maintenu et développé. Quant à la spécialisation suggérée par l'interrogateur, je ne crois pas que nous nous en fassions une image ou que nous voulons nous en faire une image, car je ne pense pas qu'elle augmenterait l'efficacité. Nous ne pouvons pas départager les patients de la manière suggérée, nous ne sommes pas des automates. Une des difficultés dans le penchant vers la spécialisation, est que les spécialistes sont portés à ne voir dans le malade que la partie qui les intéresse, et il est essentiel que le patient soit examiné au complet. Il est important aussi que la spécialisation soit gardée dans sa propre perspective. Elle doit être maintenue et développée, mais pas outre mesure.

M. MacInnis:

D. Monsieur le président, je me demande si le docteur Routley pourrait expliquer ceci. Il a fait mention que suivant le plan d'assurance, le malade aurait le droit de choisir son médecin et *vice versa*. Je me demande comment le médecin pourrait faire la distinction quant au choix de son client? Je comprends le premier cas, mais non pas l'autre.—R. Dans les Iles Britanniques, selon le plan national d'assurance-maladie, l'assuré a le droit de choisir, à chaque trimestre, le médecin sur la liste duquel il désire se faire placer, et dans une certaine limite, chaque médecin a le droit d'avoir un nombre déterminé de clients sur sa liste. Il y a un certain nombre d'assurés en Grande-Bretagne qui ont été mis sur des listes de médecins parce que, apparemment, ni le malade, ni le médecin n'ont jugé à propos, ni satisfaisant de s'entendre mutuellement sur la nature de leurs relations. Par conséquent, je suppose, monsieur le président, que bien que le malade ait le droit de choisir son propre médecin lorsqu'il y a plus d'un médecin dans la même circonscription, le médecin doit aussi avoir le droit de dire à un malade qu'il préférerait le voir s'adresser à un autre médecin. Il me semble que la nature des relations entre médecin et malade est à ce point confidentielle, et que la confiance mutuelle y joue un si grand rôle, que nous devrions toujours être certains que le médecin et le malade entretiennent de bonnes relations. Par conséquent, je crois que le malade devrait savoir s'il est sur la liste de tel médecin et que ce dernier est content de l'avoir pour client.

M. McCann:

D. Monsieur le président, le docteur Routley était présent à la dernière assemblée et il a sans doute entendu le docteur Jackson parler au nom des sous-ministres en ce qui concerne le mode d'administration provinciale. Ce qui fut recommandé au nom des sous-ministres de la Santé diffère de la recommandation faite par la *Canadian Medical Association*. Si je ne me trompe, la *Canadian Medical Association* favoriserait une commission administrative indépendante dans les provinces si le régime à établir ressortissait à la juridiction provinciale,

tandis que le docteur Jackson était d'avis que l'application de la loi devrait relever du ministère provincial de la Santé. Le docteur Routley tiendrait-il à faire des commentaires et à nous indiquer si oui ou non il y aurait divergence d'opinion quant au meilleur mode d'unité administrative?—R. C'est une question dont notre association s'est occupée depuis nombre d'années, et que nous avons beaucoup discutée. Pour me reporter à ce que nous avons dit dans notre exposé, nous préférons laisser à chaque province le choix du mode d'administration. Nous sommes d'avis que si l'on agit ainsi, nous aurons, au Canada, non pas un seul mode d'administration, mais plusieurs. Maintenant, pour ce qui a trait à la question controversée d'une administration par une commission ou par le ministère de la Santé, je dois dire, tel qu'il en est fait mention dans l'exposé, que la *Canadian Medical Association* favorise l'administration par une commission. Si la permission m'est accordée, monsieur, je demanderai à notre président de développer ce point.

Le Dr ARCHER: Monsieur le président, nous sommes embarrassés à l'heure actuelle parce que nous n'avons pas l'unanimité de nos sociétés constituantes au Canada, sur ce point, et je puis dire que c'est une chose très importante. Dans notre mémoire, nous avons exposé nos raisons de penser qu'une commission indépendante a sa valeur, mais nous n'avons pas l'unanimité sur le mode de commission, et vers la fin, nous disons que nous espérons avoir l'occasion de revenir devant vous un peu plus tard, une fois que nos diverses sociétés constituantes auront étudié en détail les propositions projetées. Nous pourrons alors vous faire de nouvelles représentations. Mais c'est un des points sur lesquels il nous faut l'avis de nos organismes provinciaux.

M. Kinley:

D. Pouvez-vous nous dire combien de médecins au Canada peuvent pratiquer dans tout le pays, c'est-à-dire combien ont subi les examens du *Dominion Medical Council*?—R. Je n'ai pas ces chiffres, monsieur le président, mais je puis me les procurer sans délai du docteur John Fenton Argue, d'Ottawa, le registraire du *Dominion Medical Council.*

D. Vous savez sans doute si le pourcentage est élevé ou bas?—R. Je crois qu'il est élevé, monsieur. Le *Medical Council of Canada* fait subir des examens depuis 1912, soit depuis trente et un ans, et je ne crois pas faire erreur en disant qu'à l'heure actuelle presque tous nos diplômés, nos diplômés canadiens, subissent l'examen du *Medical Council of Canada.* Mon collègue me fait remarquer que ce n'est pas absolument exact, mais qu'un fort pourcentage de ceux-ci subissent l'examen du *Medical Council.*

Un DÉPUTÉ: Même dans le Québec?

Le TÉMOIN: Peut-être le docteur Lewis pourrait-il répondre à cette question.

Le Dr LEWIS: Je crois que le M. le doyen Vézina pourrait probablement répondre à cette question mieux que moi, au sujet des candidats de langue française, mais un très fort pourcentage de nos diplômés de langue anglaise subissent l'examen du conseil. M. le doyen Vézina serait plus en mesure de répondre pour les universités de Montréal et Laval.

M. GERSHAW: Le docteur Routley a parlé de l'importance de l'alimentation en temps de maladie. J'aimerais l'entendre discuter un peu plus longuement le problème des prestations en espèces relativement aux Commissions des accidents du travail. Les deux sont plutôt étroitement liés. Le docteur Routley a fait une étude des conditions dans d'autres pays et je lui demanderais de discuter plus à fond le problème des prestations en argent comptant.

Le TÉMOIN: Nous estimons, monsieur le président, d'après les observations que nous avons faites, que, si les prestations en argent sont essentielles dans les foyers où sévit la maladie, comme nous le disons dans ce mémoire, elles devraient être séparées de l'administration de la Loi sur l'assurance-maladie, car dans la

plupart des cas que nous avons étudiés, le médecin auquel doit revenir la plus grande part des prestations en argent découlant de la maladie soignée, a trouvé là une source d'embarras et un sujet d'irritation dont il devrait être dégagé. Vous admettez que le malade peut être influencé, dans le choix d'un médecin, par l'attitude de celui-ci à l'égard de la durée à assigner aux prestations. Nous estimons que les rapports entre médecin et malade, dans une maladie déterminée, ne devrait pas être influencés par ce raisonnement, tenu par le malade: "Ne croyez-vous pas que je devrais prendre une autre semaine de repos, docteur, et toucher une autre semaine de prestations?" En pareil cas, le docteur peut juger que le patient est en mesure de reprendre le travail, mais il risque, en refusant, de voir le malade choisir un autre médecin, le trimestre suivant. Je crois donc que vous avez introduit, dans les rapports entre le médecin et le malade, une gêne qui, de l'avis de ceux qui ont étudié la question, n'est conforme ni à l'intérêt du malade ni à l'intérêt du médecin. Nous nous empressons d'ajouter: prestations en argent? Oui; mais mettez-les dans la Loi sur l'assurance-chômage. Un des plus grands syndicats en Angleterre—je crois que c'est un syndicat de cheminots—donne des prestations en argent, mais les a depuis longtemps séparées des autres prestations médicales; et le chef de cette association m'a dit que le syndicat n'éprouvait aucune difficulté dans le contrôle des prestations en argent, séparées des prestations médicales. Je ne crois donc pas essentiel d'insérer les prestations en argent dans une loi sur l'assurance-maladie; je crois au contraire que ce serait une grande faute.

M. MacInnis:

D. Sur la recommandation de qui les prestations en argent seraient-elles données? Comment pouvez-vous dissocier les soins médicaux des prestations en argent, qui, à mon avis, reposeront presque entièrement sur le certificat du médecin attestant qu'une personne est incapable de travailler pendant un certain temps? Comment séparer ces deux choses?—R. Les opinions varient, en Grande-Bretagne, sur ce point. La majorité des médecins pensent, je crois, qu'un certificat médical est nécessaire pour l'octroi de prestations en argent; mais il existe un fort courant d'opinion contraire, d'après lequel les prestations en argent pourraient être contrôlées sans certificat médical et sans compromettre le fonds. Ce sujet exige un examen attentif, et je ne tiens pas à discuter les deux opinions, bien que j'estime que le certificat médical puisse être nécessaire.

L'hon. M. Mackenzie:

D. Je voudrais poser une question au docteur Routley. Deux ou trois fois, docteur, dans votre mémoire, vous avez fait allusion aux catégories de revenu. Avez-vous pensé que les provinces, dans leur législation, pourraient établir un plafond des catégories de revenus pour ceux qui n'entrent pas dans ce plan?—R. La réponse serait "Oui".

M. KINLEY: Dans la présentation du mémoire, on a soulevé une nouvelle question, qui me paraît importante. A savoir la nécessité de séparer l'assurance-maladie de la sécurité sociale, au point de vue administratif et à plusieurs autres points de vue. Je crois que vous différez du rapport Beveridge, dont un trait majeur est la coordination et la simplification. Y avez-vous pensé?

L'hon. M. MACKENZIE: Monsieur Kinley, permettez-moi un mot à ce sujet, avant que le docteur Routley réponde. Le rapport Beveridge reconnaît nettement que l'assurance-maladie ne doit pas être dirigée par le ministère de la sécurité sociale proposé dans ses recommandations. En d'autres termes, le rapport de la commission médicale en Grande-Bretagne, soumis à l'époque de la production du rapport Beveridge, à titre de rapport auxiliaire, et mentionné dans le mémoire du docteur Routley, recommande nettement que l'assurance-maladie ne soit pas administrée par la sécurité sociale.

M. KINLEY: Mais je crois que le rapport Beveridge insiste sur la centralisation—une contribution, un fonds, une administration—et supprime toutes les complications. Si, au Canada, nous acceptons l'idée qui semble la plus avantageuse—permettre et diriger la législation des provinces—il me semble, d'après l'expérience que j'ai acquise dans l'industrie et dans le commerce pharmaceutique, que les provinces devraient pouvoir coordonner leurs efforts, que les allocations maternelles, les pensions de vieillesse, la réparation des accidents du travail et l'assurance-maladie devraient être placées sous un organisme directeur et coordonnées, car elles sont solidaires. Si nous insistons pour faire de l'assurance-maladie un article à part, séparé du reste, je crois que nous allons créer des motifs d'irritation pour le peuple, obligé de se conformer à la législation.

Le PRÉSIDENT: Docteur Vézina, voulez-vous faire votre déclaration maintenant?

(Texte)

Le Dr CHARLES VÉZINA: Monsieur le président, nos étudiants sont moins intéressés à prendre des licences fédérales que les étudiants des autres provinces, mais il y a eu des années où de vingt à vingt-deux étudiants, sur cinquante à cinquante-cinq finissants, se présentaient aux examens pour obtenir leur licence fédérale.

M. LALONDE: De votre université seulement?

Le Dr VÉZINA: De l'Université Laval et de l'Université de Montréal.

M. BLANCHETTE: Quels sont les avantages pour un étudiant de se présenter à l'examen fédéral?

Le Dr VÉZINA: Pour les élèves de la province de Québec, ce serait peut-être moins avantageux, parce que la plupart de nos médecins exercent leur profession dans la province de Québec, tandis que, comme il existe plusieurs provinces anglaises, des étudiants de Toronto ou des étudiants de l'Université McGill peuvent aller exercer leur profession dans l'Ouest et *vice versa*.

(Traduction)

M. PICARD: Si je ne me trompe, la plupart des provinces ont aujourd'hui des officiers de santé, des médecins et des infirmières de district, dont la fonction principale est de faire des conférences, des inspections dans les écoles, et autres choses de ce genre, et d'intervenir en cas d'épidémie. Le plan actuel comporte-t-il l'intention de poursuivre ces initiatives, qui sont d'un caractère plus ou moins préventif, indépendamment des services curatifs qui seront assurés? En pareil cas, quelle serait la situation? L'officier du service d'hygiène, aujourd'hui, a le droit de faire de la clientèle privée, car la petite unité qui lui est confiée ne lui rapporterait pas de quoi vivre. Le même fonctionnaire, assumant ces fonctions préventives, pourrait-il être porté sur les listes et avoir une sorte de clientèle privée, dans le nouveau plan? Il me vient autre chose à l'esprit. Dans les districts ruraux, où sera la ligne de démarcation entre ses fonctions officielles et ses fonctions privées?

Le TÉMOIN: Monsieur le président, au nom de la *Canadian Medical Association*, nous estimons et nous espérons que la médecine préventive et la médecine curative seront liées plus étroitement qu'aujourd'hui, et que tous les services dont le député vient de parler ne seront pas seulement maintenus, mais plus étroitement rattachés à la pratique préventive de la médecine. Nous désirons le maintien et l'extension de ces services préventifs. Rien, dans notre esprit, ne les entraverait, ni n'empêcherait le praticien d'exercer les autres fonctions de sa compétence.

M. PICARD: Je voudrais savoir si le même fonctionnaire serait en mesure d'assumer les deux services, soit partiellement sur une base de salaire et partiellement sur une base d'honoraires ou d'allocation par tête.

Le TÉMOIN: La réponse est: "Oui".

M. PICARD: Je voudrais également poser une question au sujet des honoraires et du coût. L'association a-t-elle une norme pour établir ces honoraires dans les différentes parties du Canada? Le coût total de l'assurance-maladie au Canada a été mentionné par le docteur Heagerty. Dans le chiffre qui nous a été donné, tenait-on compte des honoraires?

Le Dr HEAGERTY: Je dois d'abord répondre à la première question que vous avez soulevée. Je crois que vous parliez des unités sanitaires de la province de Québec?

M. PICARD: Oui; et je crois qu'il en existe dans d'autres provinces.

Le Dr HEAGERTY: Oui, il en existe dans d'autres provinces. Une unité sanitaire est un petit service d'hygiène, habituellement établi dans une région rurale. Elle peut être établie dans une région urbaine, ou dans une région mi-urbaine et mi-rurale. Elle embrasse un comté, ou davantage. Le personnel comprend un médecin bien entraîné, et habituellement une infirmière très compétente, et un ingénieur sanitaire ou un hygiéniste, et les autres personnes nécessaires. Dans la province de Québec, l'unité sanitaire ne s'occupait d'abord que d'hygiène publique. Mais par la suite, elle a pénétré dans le domaine du diagnostic, particulièrement en ce qui concerne la tuberculose. De sorte que le médecin chargé de l'unité sanitaire s'occupe maintenant de diagnostics; en fait, l'unité sanitaire est un centre. On projette d'affecter un dentiste à chaque unité sanitaire; quelques-unes en ont déjà. Il existe donc, comme vous le voyez, une tendance à déborder de la médecine préventive, pour entrer dans le domaine du diagnostic et du traitement. J'ai discuté cette question avec le docteur Grégoire, en ce qui concerne la province de Québec. Il m'a dit que, pour sa part, et dans la mesure possible, il désirerait, si l'assurance-maladie était adoptée dans Québec, utiliser ces unités non seulement dans un but d'action préventive, mais pour des fins de diagnostic et de traitement. Toutefois, il ne sera pas toujours possible d'aller jusque là, les unités ne comportant pas toutes un hôpital. Mais la tendance existe, à l'heure actuelle.

M. LALONDE: Monsieur le président, je ne connais pas très bien l'organisation de la *Canadian Medical Association*, car je suis avocat. Mais j'aimerais entendre la délégation de la province de Québec nous dire nettement si le mémoire si éloquemment présenté ce matin par la *Canadian Medical Association* représente l'opinion des médecins de Québec. J'aimerais le savoir.

Le Dr GÉRIN-LAJOIE: Monsieur le président, c'est le docteur Grégoire, je crois, qui a dit, la semaine dernière, que l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord représentait les médecins de langue française de la province de Québec. Je crois que cette déclaration a été faite de bonne foi, et, dans un sens, elle est partiellement vraie. Mais d'autre part, comme son nom l'indique, l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord embrasse tous les médecins parlant français non seulement dans la province de Québec, mais au Canada, aux Etats-Unis, particulièrement dans les Etats de la Nouvelle-Angleterre et en Louisiane, au Mexique, et même en Amérique centrale et en Amérique du Sud. C'est donc plutôt une association internationale. Il est probable qu'elle est surtout recrutée dans la province de Québec. Mais jusqu'à présent, cette association, internationale de nom et de fait, ne s'est pas particulièrement occupée de la question de l'assurance-maladie. Vous aurez remarqué, si vous avez écouté le mémoire attentivement, qu'il s'est formé dans la province de Québec un comité conjoint, composé par la division de Québec de la *Canadian Medical Association*, la Fédération des Sociétés mé-

dicales et le Collège des Médecins et Chirurgiens. Ce comité conjoint s'est réuni assez souvent, pour discuter cette question de l'assurance-maladie, et il a convenu de faire de la *Canadian Medical Association* son porte-parole pour tous les détails relatifs à l'assurance-maladie, au moins en ce qui concerne leur aspect fédéral. J'ai dans cette enveloppe, l'autorisation du docteur Desrochers, président du Collège, et celle du docteur Cholette, président de la Fédération des Sociétés Médicales, de témoigner et de parler en leur nom. Ce que j'ai dit ici exprime l'opinion de tous les médecins de langue française de la province de Québec. La Fédération des Sociétés médicales annonce un effectif d'environ 2,000 membres. Il y a environ 2,000 médecins français dans la province de Québec, mais une ou deux sections anglaises sont affiliées à cette fédération. De plus, le Collège, étant le corps officiel, représente tous les membres de la profession médicale dans la province, anglais et français. Nous estimons donc que la profession médicale de la province, par l'organe de ses représentants ici, et de moi-même en particulier, approuve deux fois ce mémoire, par l'intermédiaire de la Fédération et du Collège.

M. VENIOT: Monsieur le président, nous avons ici le docteur Vézina, qui a déjà pris la parole. Peut-être n'a-t-on pas attiré votre attention sur ce fait qu'il remplit deux ou trois fonctions. Il est d'abord doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Québec. Il est ensuite président de la division de Québec de la *Canadian Medical Association*, au nom de laquelle le docteur Gérin-Lajoie vient de parler. En troisième lieu, il est aussi président de cette Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord dont le docteur Gérin-Lajoie a parlé. Peut-être le docteur Vézina voudra-t-il appuyer le docteur Gérin-Lajoie, et dire quelle est l'autorité du docteur Gérin-Lajoie de parler au nom des associations médicales de la province de Québec.

Le PRÉSIDENT: Le docteur Vézina.

(Texte)

Le Dr VÉZINA: L'Association des medecins de langue française de l'Amérique du Nord, comme le docteur Gérin-Lajoie vient de vous le dire, est une association qui groupe les médecins de langue française de toute l'Amérique du Nord. C'est une association qui s'occupe surtout de choses scientifiques et un de ses buts est de développer la culture française chez les médecins de langue française de l'Amérique du Nord. En somme, ce n'est pas une association exclusivement canadienne.

Cette question des assurances sociales, nous ne l'avons pas étudiée. D'un autre côté, les médecins de langue française du Canada qui font partie de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord dépendent tous du Collège des Médecins de la province de Québec, qui est notre organisme officiel, et, d'après ce que je comprends, le Collège des Médecins, de même que la Fédération des Sociétés médicales de la province de Québec, approuvent le plan qui est présenté par la *Canadian Medical Association.*

(Traduction)

M. DONNELLY: Docteur Routley, tout à l'heure, M. Kinley a parlé de la législation de sécurité sociale et de l'hygiène nationale, en disant que, dans votre mémoire, vous avez émis l'opinion qu'elles devaient être séparées. Pouvez-vous nous dire si elles sont séparées en Nouvelle-Zélande, ou si elles sont réunies en un seul plan, et pourquoi?

M. MCCANN: Monsieur le président, avec la permission de M. Donnelly, je voudrais dire un mot maintenant, pour qu'il soit à sa place au compte rendu. Le docteur Gérin-Lajoie voudra-t-il verser au dossier la lettre l'autorisant à parler au nom de l'Association?

Le Dr GÉRIN-LAJOIE: Voulez-vous que je les lise?
M. DONNELLY: Déposez-les simplement.
Les lettres sont ainsi rédigées:

(Texte)

FÉDÉRATION DES SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

MONTRÉAL, 5 avril 1943.

M. le 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.

AMC/Lm

LE COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

MONTRÉAL, le 5 avril 1943.

M. le 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.

(Traduction)

Le TÉMOIN: Pour répondre à M. Donnelly au sujet de la Nouvelle-Zélande, la partie de la loi traitant des prestations en argent est appliquée sous la direction du ministre de la Sécurité sociale, tandis que la partie de la loi relative aux prestations médicales et autres est appliquée par le service d'hygiène, sous la direction du ministre de l'Hygiène.

M. Donnelly:

D. Est-ce qu'il s'y donne des prestations d'assurance-maladie? En temps de maladie, va-t-on jusqu'à accorder une somme d'argent?—R. Toute personne âgée de plus de seize ans a droit à des prestations, en cas de maladie, à condition de présenter un certificat de médecin. On n'a droit à aucune prestation durant les sept premiers jours. Les prestations d'assurance-maladie sont la même chose que celles d'assurance-chômage.

D. Est-ce qu'il est difficile de recevoir un certificat du médecin?—R. Je pense que je ne puis répondre à cela, monsieur le président. Je regrette.

Le PRÉSIDENT: D'autres questions?

M. Hurtubise:

D. Afin de mettre les choses tout à fait au point et de satisfaire toutes les zones de l'opinion publique, j'aimerais que le docteur Routley nous dise ce qui doit être fait, ou en quoi les systèmes déjà existants dans l'industrie et les hôpitaux seront touchés par le système proposé.—R. Monsieur le président, j'ai essayé d'expliquer cela ce matin. Je puis dire cependant, docteur Hurtubise, que nous recommandons l'absorption de tous ces systèmes par le système à établir dans chaque province. Quant aux opinions exprimées dans l'exposé, que vous retrouverez dans le compte rendu, il nous semble que, en tenant compte de l'avenir, il serait de l'intérêt public de supplanter ces systèmes par un système provincial.

M. WRIGHT: Je voudrais attirer votre attention sur une question que je considère comme d'une extrême importance, moi qui viens d'uns circonscription rurale de la Saskatchewan. Il nous a été extrêmement difficile d'obtenir même un minimum de services médicaux en certaines régions de cette province, et cela même avant la guerre. Je pense que ni l'association des médecins de cette province, ni la *Canadian Medical Association* ne s'intéressaient particulièrement au maintien des services médicaux de ces régions, ni ne s'en occupaient activement. Comme la guerre dure depuis bientôt quatre ans, l'état de choses qui règne dans ces régions est devenu à peu près désespéré. Je sais que dans ma propre circonscription, plus de 3,000 personnes d'un certain district se trouvent à 50 milles du médecin le plus rapproché; il faut reconnaître qu'il existe là un petit hôpital de l'Eglise-Unie, mais sans autre personnel qu'une infirmière. Je trouve que l'Etat, de concert avec l'association des médecins, devrait s'occuper immédiatement de cela.

M. DONNELLY: Avez-vous un médecin municipal?

M. WRIGHT: Non. Il s'agit de districts en voie de rétablissement, où les conditions économiques sont telles qu'il a été impossible à la population d'obtenir même un médecin municipal. C'est un état de choses sérieux et qui demande, il me semble, une attention immédiate.

L'hon. M. MACKENZIE: Est-ce que ces cas proviennent du fait que des médecins se sont enrôlés?

M. WRIGHT: Parfois, oui. En d'autres cas, l'état économique général a forcé les médecins à partir. Je connais personnellement quelques-uns de ces médecins. Ce sont des hommes excellents, mais l'état de l'économie locale les a forcés à partir.

M. DONNELLY: Parce que les populations sont trop réduites?

M. WRIGHT: Non. La population restait là, mais les gens n'avaient pas assez d'argent pour faire vivre un médecin. Le médecin ne peut vivre seulement qu'avec des cordes de bois, et ce sont les cordes de bois qui servaient d'instrument monétaire dans plusieurs de ces districts; il y avait là, pourtant, des centaines de familles. Il en est encore ainsi dans le nord de la province; dans le sud également. Les sécheresses ont amené cet état de choses; il n'y avait plus assez d'argent pour faire vivre un médecin, voilà tout. Cette situation est maintenant devenue sérieuse. Je suis d'avis qu'il faut s'en occuper immédiatement. L'association des médecins devrait, je pense, de concert avec l'Etat, affecter un certain nombre de docteurs de tout le Canada au service de certains de ces districts, tant que dureront les circonstances actuelles. Je ne vois aucun moyen d'éviter cela, à moins d'abandonner ces populations à leur sort. Je sais que cet hiver il a fallu transporter des femmes à cinquante milles de distance, en traîneaux découverts, pour qu'elles puissent accoucher à l'hôpital le plus rapproché. D'autres—ce ne sont pas des cas exceptionnels, mais des cas qui se sont répétés par centaines—d'autres, dis-je, n'ont reçu aucune assistance professionnelle. Il ne faut pas que cela dure. Il faut s'occuper immédiatement de ces populations.

Le PRÉSIDENT: Avez-vous quelque commentaire à faire, docteur Routley?

Le TÉMOIN: Monsieur le président, la *Canadian Medical Association* me dirait de répondre qu'elle fera tout pour que là où vont les Canadiens aillent aussi les médecins. Il faudrait dire aussi, je crois, qu'au fur et à mesure que le Canada s'est ouvert à l'homme—disons aussi bien au fur et à mesure que tous les pays du monde civilisé se sont ouverts à l'homme—partout le médecin a suivi la population là où elle s'établissait. Nous déplorons le fait qu'il puisse se trouver au Canada des districts privés de médecins. Je vous rappellerai que notre exposé de ce matin indique les méthodes grâce auxquelles nous espérons assurer des services médicaux à tous les Canadiens.

Au sujet de la question de M. Wright, je dirai que je connais bien la Saskatchewan. Je la connais assez bien. J'ai possédé un homestead dans cette province, il y a plusieurs années, et je connais par conséquent la Saskatchewan rurale. Je connais aussi l'un ou l'autre des districts dont il parle, et je sais que le comité médical de la province s'efforce depuis des mois de trouver un médecin qui aille desservir ces endroits. Notre association, monsieur le président, n'a ni la capacité ni le pouvoir d'obliger un médecin à s'établir dans un endroit quelconque du pays. Nous ne pouvons qu'influencer et persuader. En tenant compte du fait que 3,000 de nos médecins sont dans les services de guerre, vous comprendrez que la tâche des autres est lourde. Mais s'il existe un moyen de doter les districts ruraux de médecins, rien ne nous fera plus plaisir que de l'adopter. Nous n'avons, par malheur, ni la capacité ni l'autorité nécessaire pour prendre l'initiative des mesures qui s'imposent.

M. LALONDE: Monsieur le président, le docteur Routley a dit dans son exposé que près de quarante pays ont adopté une forme quelconque d'assurance-maladie. Aurait-il l'obligeance de nous fournir une liste de ces pays quand il le pourra, par exemple d'ici quelques jours?

L'hon. M. MACKENZIE: Le mémoire en voie d'impression contiendra tous ces renseignements, et il sera prêt dans une semaine ou deux.

M. PICARD: Je ne veux pas être ennuyeux, mais j'ai posé, il y a quelques instants, une ou deux questions auxquelles je ne crois pas qu'il ait été répondu. J'aimerais savoir si l'association des médecins a fixé un barème des honoraires de médecins, pour l'application du système proposé. C'est ma première question. Ensuite, a-t-il été question du coût total de l'assurance-maladie? L'association des médecins a-t-elle été consultée, etc.? Et voici ma troisième question: On

nous a dit que le coût total de la maladie, au Canada, était de tant, ce qui fait, en divisant par le nombre d'habitants du pays, la somme de tant par tête; la prime doit être fixée selon ces calculs. N'est-ce pas un fait reconnu qu'une bonne partie de notre population n'a jamais pu recevoir tous les soins médicaux dont elle avait besoin? Comment alors calculer exactement ce que la maladie peut coûter au Canada? Voilà mes trois questions.

Le PRÉSIDENT: Docteur Routley, voudriez-vous répondre à la première, s'il vous plaît?

Le TÉMOIN: En réponse à la première question, monsieur le président, je puis dire que les médecins des diverses parties du Canada ont des barèmes d'honoraires selon leurs régions. Je pense que je vais laisser le Dr Heagerty répondre aux autres questions.

Le Dr HEAGERTY: Il est assez difficile de répondre à la deuxième question. Je ne crois pas pouvoir vous donner, à vous ou à l'ensemble du Comité, une réponse entièrement satisfaisante. Vous vous rappelez qu'au cours de mes remarques antérieures je vous ai laissé entendre que nous avions étudié le coût de la maladie dans divers pays, y compris les pays où existait un système d'assurance-maladie. C'est en nous fondant sur cette étude que nous avons estimé le coût par personne de l'assurance-maladie au Canada. Tant que les provinces n'auront pas étudié la partie du problème qui les concerne—leurs ressources, le nombre de gens à assurer, les facilités existantes, les prestations de soins médicaux, etc.—il sera impossible d'obtenir un chiffre exact. Mais nous croyons assez juste le chiffre auquel nous sommes arrivés après avoir longuement consulté des études faites ailleurs. Prenons par exemple une étude faite par le département de l'Agriculture, aux Etats-Unis, sur 9,000 familles de villages et de petites villes rurales. Cette étude portait sur le nombre des cas de maladie dans chaque famille, le nombre de personnes malades dans chaque famille, le nombre de visites du docteur pour chaque maladie, les traitements donnés par les infirmières, le nombre de visites des infirmières, les soins dentaires et autres soins—en somme tous les soins donnés à une famille moyenne d'une agglomération quelconque. On constata que la somme moyenne dépensée pour des soins médicaux dans tous les groupes étudiés était de $18 par personne. Il nous semble donc, après avoir comparé cette étude à d'autres du même genre faites aux Etats-Unis et au Canada, que notre chiffre ne manque pas d'exactitude. Voilà, je crois, la réponse la plus nette que je puisse vous donner.

M. PICARD: Vous voulez dire que le coût total a été calculé, non pas sur ce qu'ont été en fait les dépenses de maladie au Canada, mais sur des expériences effectuées à l'étranger, dans des pays où existe un système d'assurances-maladie?

Le Dr HEAGERTY: Il a été calculé sur ces deux ensembles de données. Je crois avoir souligné, à une séance antérieure, qu'en 1935 le Bureau canadien de la statistique avait étudié le coût de la maladie au Canada et établi une moyenne de $23 par personne. Nous avons exclu de ces calculs certains frais qui ne seront pas payés par l'assurance-maladie: les chambres privées dans les hôpitaux, les services spéciaux, etc. Cela ramène la moyenne à $18. Notre chiffre se compare donc aux autres avec avantage.

M. PICARD: Ce que je voulais comprendre, c'est que les Canadiens n'ont pu, jusqu'ici, recevoir toute la protection nécessaire en cas de maladie, et que, cependant, votre estimation du coût total supposait une protection entière pour tous. Vous ne pouviez en calculer le coût selon les faits si, dans la réalité, tous les gens n'ont pas reçu ce à quoi ils avaient droit; et pour arriver au total, il vous faut pourtant connaître aussi le coût de ce à quoi ils avaient droit.

Le Dr HEAGERTY: Oui, c'est juste.

M. BRUCE: Monsieur le président, je veux dire un mot, comme médecin, pour indiquer à ceux des membres du Comité qui ne le sont pas mon attitude à

l'égard de l'exposé des docteurs Archer et Routley, respectivement président et secrétaire général de la *Canadian Medical Association*. Il faut dire que durant de nombreuses années l'Association a étudié ces questions et se trouve en mesure, par conséquent, de nous renseigner et de nous conseiller judicieusement sur les questions à l'étude. Le docteur Routley vient de nous dire que le secrétaire de la *Canadian Medical Association* est allé étudier sur place les systèmes d'assurance-maladie adoptés en d'autres pays. Le secrétaire, c'est le docteur Routley lui-même. Il est très heureux pour le Comité, au moment où il étudie la possibilité d'établir un système d'assurance-maladie, que ces messieurs puissent lui apporter le résultat de plusieurs années de travail sur ce sujet. Ils sont en mesure de nous apporter tout prêt ce qu'il nous faut savoir pour établir un système d'assurance-maladie supérieur à tout ce qui s'est fait en n'importe quel autre pays. Je ne veux pas prendre de votre temps, mais je voudrais tout juste vous dire que je me trouvais en Angleterre lorsque M. Lloyd George présenta son plan d'assurance-maladie, il y a environ trente ans; je me rappelle que l'attitude des médecins était alors loin d'être favorable à l'assurance-maladie. Les médecins ne voulaient pas se laisser imposer cette mesure, à laquelle ils ne croyaient pas. M. Lloyd George conféra cependant avec leurs représentants, à plusieurs reprises; à la suite de compromis de part et d'autres, M. Lloyd George put présenter une mesure suffisamment acceptable aux médecins. L'application de la loi y fit apporter certaines modifications grâce auxquelles et les médecins et la population furent satisfaits; à la fin, on en arriva à un système convenable. Plusieurs années plus tard, j'ai rencontré de ces médecins autrefois opposés au projet et j'ai constaté qu'ils étaient maintenant tout à fait en faveur de la Loi sur l'assurance-maladie telle qu'elle existait dès lors.

Pour terminer, j'aimerais souligner le fait—c'est un fait dont tout le monde se rend compte—qu'aucun système d'assurance-maladie ne peut être appliqué avec succès sans la collaboration et la bonne volonté des médecins. Les règlements et les conditions du système doivent être acceptables aux médecins, car c'est d'eux que dépend le succès du système. Il importe d'obtenir l'approbation de la *Canadian Medical Association*. En Colombie-Britannique, on adopta une Loi sur l'assurance-maladie, mais on négligea de s'assurer la bonne volonté et l'appui des médecins, et rien ne fonctionna. Il ne me reste qu'à ajouter mes remerciements personnels au docteur Archer et au docteur Routley pour l'exposé très clair et très complet qu'ils nous ont donné et où le Comité, je pense, trouvera tous les renseignements dont il a besoin.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Bruce. J'aimerais exprimer les remerciements sincères du Comité aux membres de la *Canadian Medical Association* qui sont ici aujourd'hui. Nous vous remercions beaucoup de votre très instructif témoignage. Nous allons nous ajourner au vendredi 9 avril à 11 heures.

Le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le vendredi 9 avril à 11 heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 6

SÉANCE DU VENDREDI 9 AVRIL 1943

TÉMOINS:

Le docteur G. J. Wherrett, secrétaire de l'Association canadienne antituberculeuse.

Le docteur George F. Stephens, président du Conseil des hôpitaux canadiens.

Le docteur Harvey Agnew, secrétaire du Conseil des hôpitaux canadiens.

Le docteur J. J. Heagerty, Directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale.

M. l'abbé F. J. Brennan, de London, Ont., membre du Conseil des hôpitaux canadiens.

La rév. mère Allaire, de Montréal, P.Q., membre du Conseil des hôpitaux canadiens.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le VENDREDI 9 avril 1943.

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, Bruce, Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Cleaver, Côté, Donnelly, Fulford, Gregory, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Leclerc, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), Macmillan, McCann, McGregor, Picard, Shaw, Slaght, Veniot, Warren, Wood et Wright—26.

Le docteur G. J. Wherrett, secrétaire de l'Association canadienne antituberculeuse, est appelé. Il dépose un mémoire qui est imprimé comme Appendice "A" aux témoignages de ce jour.

Le témoin se retire.

Le docteur Heagerty est rappelé et interrogé de nouveau.

Le docteur George S. Stephens, président du Conseil des hôpitaux canadiens, est appelé. Il présente le docteur Harvey Agnew, secrétaire de ce même Conseil, qui donne lecture d'un mémoire au nom de cette organisme.

M. Fulford dépose les documents suivants:

Rapport statistique sur les sanatoriums de la province d'Ontario pour l'année terminée le 31 décembre 1941;

La prévention de la tuberculose, facteur économique dans l'Ontario;

Rapport annuel de 1941, Division de prévention de la tuberculose, ministère de la Santé de la province d'Ontario;

Rapport du ministère de la Santé de la province d'Ontario indiquant le nombre des malades traités dans les sanatoriums, etc., en 1941;

Rapport du ministère de la Santé de la province d'Ontario indiquant, par municipalités, les dépenses consacrées au soin des malades à leur sortie du sanatorium.

M. J. C. Brady, directeur de la statistique des institutions, est appelé, interrogé et se retire.

Le docteur Stephens présente M. l'abbé F. J. Brennan, de London, Ont., et la rév. mère Allaire, de Montréal, P.Q., tous deux membres du Conseil des hôpitaux canadiens. Les deux témoins prennent brièvement la parole et se retirent.

Le président remercie les témoins de leur apport précieux aux témoignages déjà recueillis.

Sur proposition de M. Blanchette, le Comité s'ajourne à 1 h. 5 de l'après-midi pour se réunir de nouveau le mardi 13 avril à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 9 avril 1943.

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

Le PRÉSIDENT: M. Shaw, un des membres de notre Comité, désire poser une question relativement à la tuberculose, et je demanderai au Dr G. J. Wherrett, secrétaire de l'Association canadienne antituberculeuse d'y répondre.

Le Dr G. J. WHERRETT, secrétaire de l'Association canadienne antituberculeuse, est appelé.

M. Shaw:

D. Monsieur le président, au cours de l'exposé qu'il a présenté au Comité le 19 mars, le Dr Heagerty a parlé de la tuberculose et de l'augmentation du nombre des cas signalés. En réponse à une question que je lui posais, il disait que non seulement les examens militaires avaient révélé un bon nombre de cas de tuberculose, mais que l'incidence de cette maladie avait augmenté depuis le début de la guerre. Le Dr Heagerty, ou quelque représentant du ministère ou de l'Association, pourrait-il nous donner des éclaircissements sur le point qui a été soulevé à la date en question?—R. Monsieur le président, j'ai rédigé à ce sujet un mémoire qui, me semble-t-il, couvre tous les points relatifs à la tuberculose. Il traite également de l'augmentation des cas de tuberculose depuis la guerre. A cet égard, les décès causés par la tuberculose ont augmenté, mais le nombre des cas constatés est également à la hausse. En 1940, le taux de mortalité s'établissait à 50 par 100,000; en 1941, il était de 53. Les cas signalés ont considérablement augmenté, mais il peut exister, à cet égard, des éléments qui ne se rapportent peut-être pas directement à la guerre. Prenons, par exemple, la radiographie des recrues. Chaque recrue a été radiographiée, ce qui signifie que de 8,000 à 10,000 cas ont été découverts de cette façon depuis le début de la guerre.

En ce qui concerne l'augmentation de la tuberculose en temps de guerre, nous ne savons pas exactement où cela nous mènera. Nous ne pouvons guère que nous baser sur l'expérience de la dernière guerre et sur les constatations faites jusqu'ici dans le présent conflit. Lors de la dernière grande guerre, l'incidence de la tuberculose a augmenté dans tous les pays, particulièrement dans ceux qui en étaient directement frappés, et surtout dans les pays qui ont été vaincus ou envahis. Par exemple, les statistiques de la Société des Nations révèlent que de 1914 à 1918, le taux de la tuberculose a suivi les courbes ascendantes que voici: Autriche, 256 à 432; Belgique, 124 à 245; Allemagne, 143 à 230; Angleterre et pays de Galles, 135 à 192. Aux Etats-Unis, le taux a monté de 147 à 150. Dans notre pays, et en prenant l'Ontario comme exemple, ce taux partait de 88, en 1914, pour atteindre 93 en 1916. Les années 1917 et 1918 ont été témoins d'une faible diminution et immédiatement après la guerre, ce taux subissait une baisse appréciable. En Angleterre et au pays de Galles, le nombre des décès attribuables à la tuberculose était d'environ 26,000 en 1938, et en 1941, il s'établissait à 28,000. C'est là une augmentation plus forte que celle dont les deux premières années de la guerre de 1914 avaient été témoins.

M. Lockhart:

D. Et les autres provinces ? Avez-vous sur ce point des statistiques pour les autres provinces?—R. Il n'y avait pas de statistiques fédérales à cet égard lors de la première grande guerre; il existait des statistiques provinciales, mais celles que je vous ai citées pour l'Ontario sont des moyennes.

M. Donnelly:

D. Quelles peuvent être, selon vous, les causes de cette augmentation en Ontario?—R. Il est, je crois, facile de comprendre les raisons de l'augmentation constatée en Angleterre, par exemple.

D. Et dans l'Ontario?—R. Je crois qu'elle provient de la recrudescence d'activité dans tous les domaines, et en particulier dans le domaine industriel. Les jeunes gens se mettent au travail deux ou trois ans plus tôt qu'avant la guerre. La vie normale est bouleversée sous bien des rapports.

M. Lockhart:

D. Cela tient aussi à des méthodes de détection plus rigoureuses, n'est-ce pas?—R. Oui, c'est exact. Pour moi, les déplacements accrus y sont aussi pour quelque chose. Les gens s'éloignent de l'endroit où ils se font habituellement soigner, et il est probable qu'ils négligent plus leur santé qu'en temps normal. Cela s'applique particulièrement aux premières années de la guerre.

Mme Casselman:

D. Avez-vous constaté une plus forte augmentation dans les centres urbains que dans les districts ruraux?—R. Dans la mesure où nous pouvons le constater, il n'existe pas d'écart. L'augmentation, en 1941, a été générale pour toute la population blanche du Canada.

M. Donnelly:

D. S'agit-il du taux de mortalité ou du taux d'incidence?—R. Du taux de mortalité.

M. Howden:

D. Comment le taux de mortalité se compare t-il avec le taux d'incidence de la maladie?—R. Ma foi, la comparaison est très difficile à faire. A notre avis, le taux de mortalité est le meilleur indice; c'est celui qui offre le plus de précision. Le taux d'incidence n'est au point que si tous les cas sont constatés. Il manquera d'exactitude si le relevé fait dans une province ne l'a pas été dans une autre. Il peut exister, dans une province, bien des cas de tuberculose qui n'ont pas été signalés.

M. Wright:

D. Quelles sont les mesures prises à l'endroit des cas révélés par l'examen médical militaire? Je pose la question car j'ai déjà eu à mon emploi un jeune homme qui avait été réformé pour tuberculose. Les symptômes de cette maladie étaient bien apparents chez lui, et cependant, il n'avait pas été envoyé dans une institution. Selon toute apparence, il a simplement été refusé sans qu'on se préoccupe de prendre les mesures nécessitées par son état de santé.—R. Les autorités militaires signalent tous les cas de ce genre aux ministères provinciaux de la Santé qui, à leur tour, avertissent leurs services antituberculeux. Or, le traitement n'est requis à l'égard du tiers des cas ainsi signalés. Quant aux autres, malgré qu'ils aient été atteint de tuberculose, la maladie, inactive chez eux, ne nécessitait pas de traitement, mais la vie de l'armée leur aurait été fatale. L'individu dont vous avez parlé appartient peut-être à cette catégorie-là.

M. Wood:

D. Vous avez parlé du traitement de la population blanche. Je suis informé qu'un grand nombre de nos 125,000 Indiens sont atteints de tuberculose et que cette maladie cause de grands ravages chez eux. Vos statistiques comprennent-elles la population indienne? Pouvez-vous nous dire quel est le taux de mortalité chez les Indiens?—R. Oui. Le taux de mortalité chez les Indiens est de dix à douze fois plus élevé que chez les blancs.

M. VENIOT: Sauf le respect que je dois à notre collègue, je préférerais que le docteur termine d'abord son exposé et qu'il soit interrogé ensuite.

Quelques honorables DÉPUTÉS: Très bien, très bien.

Le PRÉSIDENT: Voulez-vous que le docteur Wherrett lise son exposé, ou qu'il le dépose pour le compte rendu?

M. LOCKHART: En toute déférence pour l'observation faite par mon collègue, ces questions se rapportent parfaitement au sujet soulevé dans l'exposé du docteur. Je ne vois quel mal le Comité peut faire en posant ces questions pertinentes.

Le PRÉSIDENT: Je crois que le Dr Veniot parlait de la question de procédure.

Le président:

D. Préférez-vous être interrogé dans le cours de votre exposé, ou terminer cet exposé avant d'être interrogé?—R. Comme vous voudrez.

D. C'est à vous de choisir.—R. Je voudrais signaler certaines choses que je crois intéressantes pour le Comité.

D. Continuez votre exposé, et indiquez si vous voulez vous arrêter en un point quelconque pour être interrogé.—R. Il vous intéressera de connaître l'état du problème en 1941. Il y a eu, cette année-là, 6,051 décès dus à la tuberculose. Cela faisait un taux de 53.1. Il s'agit des décès. A notre connaissance, il y a au Canada 30,000 cas de tuberculose active, qui nécessitent un traitement dans un hôpital, et sont en traitement soit dans un hôpital soit à la maison. Il doit y avoir 30,000 autres cas de tuberculeux guéris, qui n'ont plus besoin de traitement, mais doivent être surveillés. La tuberculose est la principale cause de décès parmi les jeunes adultes, de quinze à quarante-cinq ans. Vous pouvez demander dans quelle mesure les chiffres ont été réduits. Si nous prenons 1900, année pour laquelle nous avons les statistiques de Québec et de l'Ontario, le taux était d'environ 240 dans Québec et environ 160 en Ontario, soit une moyenne d'environ 200. En 1941, cette moyenne était réduite à 50; elle avait donc diminué de 75 p. 100, d'après les chiffres dont nous disposons. En 1921, le Bureau de la statistique a été établi, et nous avons eu dès lors des chiffres pour toutes les provinces. La réduction entre 1921 et 1941 a été de 39 p. 100 en moyenne. Je ne crois pas que les décès parmi la population indienne nous donnent une idée juste de la réduction, car le programme de lutte contre la tuberculose est appliqué depuis de longues années parmi la population blanche, et depuis cinq ou six ans seulement parmi les Indiens. J'ai donc pris le taux de 1921, qui compte, me dit le Bureau, très peu de décès d'Indiens. A cette époque, on ne signalait pas les décès parmi les Indiens. J'ai comparé ces chiffres avec le taux de 1941, sans les Indiens, et ces deux chiffres comportent une réduction de 46 p. 100 pour l'ensemble du Canada, en vingt ans. Dans les provinces, la réduction varie de 63 p. 100 en Ontario à 34 p. 100 dans Québec. Il est intéressant d'observer que cette réduction de la tuberculose correspond très étroitement aux mesures prises pour le soin et le traitement de cette maladie. Nous estimons que pour chaque malade qui meurt de tuberculose dans une année quelconque, il y en a environ trois qui devraient être traités dans un sanatorium. Plusieurs provinces, à savoir l'Ontario, le Manitoba et la Saskatchewan, ont assez de lits. Les réductions dans ces provinces ont été: 63 p. 100 en Ontario, 58 p. 100 au Manitoba et 51 p. 100 en Saskatchewan.

M. Howden:

D. Avez-vous dit que ces provinces ont assez de lits?—R. Oui, elles en ont assez. Un autre trait à noter est que le taux de mortalité n'a pas autant diminué dans Québec et dans les Maritimes. Ces provinces n'ont pas accusé la même réduction, et leur taux de mortalité est plus élevé qu'il ne l'était en Ontario et en Saskatchewan il y a vingt ans.

M. Johnston:

D. Quelle peut en être la raison?—R. Ce doit être celle-ci. Quand la campagne contre la tuberculose a commencé, en 1900, leur taux de mortalité était très élevé, et ces provinces n'ont jamais pu avoir des installations aussi complètes que les autres. Par exemple, nous avons 11,000 lits de sanatoria, environ un par mille, et cette proportion est, assez curieusement, à peu près la même pour les deux provinces. Elle suffit en Ontario et en Saskatchewan, mais elle n'est que le tiers de ce qu'il faudrait dans Québec et les Maritimes, où le problème est trois fois plus aigu. Je crois que les deux éléments majeurs, dans le traitement de la tuberculose, sont la promptitude du diagnostic et celle du traitement. Pendant de longues années, nous avons eu l'impression de ne pas prendre les cas assez tôt. Les malades étaient avancés quand ils venaient à l'hôpital, et c'est pour répondre à cette situation que les cliniques antituberculeuses ont été instituées. D'autres provinces ont établi des cliniques. Celles-ci ont commencé par examiner toutes les personnes présentant des symptômes et envoyées par les praticiens. Puis elles se sont mises à examiner les gens qui avaient été en contact avec des tuberculeux. Plus encore, elles ont commencé à examiner certains groupes de population, les écoliers, puis les étudiants, les instituteurs, les infirmières, et ensuite les groupes industriels. Le meilleur instrument de détection que nous ayons eu, ce sont les examens radiographiques de l'armée. Je ne sais si vous vous en rendez compte, mais depuis le début de la guerre, le dixième de la population a été examiné aux rayons-X de cette manière. Dans certaines villes industrielles, le tiers de la population adulte a été examiné depuis la guerre. En Saskatchewan, des agglomérations, des villes entières ont été examinées. A Moose-Jaw et à Saskatoon, 80 p. 100 de la population est passée aux rayons-X. Cela semble fournir la clef du problème du diagnostic précoce, en nous permettant de découvrir de bonne heure plus de 50 p. 100 des cas bénins, qui requièrent peut-être six mois de traitement au sanatorium, tandis qu'un cas avancé requiert dix-huit mois ou davantage. De cette manière, le même lit peut recevoir trois malades au lieu d'un.

M. Shaw:

D. Je voudrais demander au docteur s'il y a réellement un remède à la tuberculose, disons lorsqu'elle atteint les poumons, à la période active. Je crois que certains médecins disent oui et d'autres non. Quand la maladie a atteint la période active, existe-t-il un remède, à votre avis?—R. Oui, absolument.

D. A-t-on expérimenté l'action des médicaments "sulfa", à titre curatif?—R. Les médicaments "sulfa" n'ont servi à rien contre la tuberculose.

D. Pourrais-je aller plus loin et demander quel est le meilleur genre de traitement curatif?—R. Le meilleur traitement est celui du sanatorium, en comprenant ce que nous appelons la collapsothérapie. Il est possible d'immobiliser les poumons de plusieurs manières. L'une d'elles consiste à introduire de l'air dans les cavités pleurales, pour immobiliser le poumon, et le mettre au repos, comme on met un membre brisé dans une éclisse.

M. Howden:

D. C'est le traitement au pneumothorax?—R. Oui. Puis il y a d'autres méthodes chirurgicales. Mais en ce qui concerne la tuberculose, 70 à 80 p. 100 des cas soignés de bonne heure guérissent complètement. Nous avons les dossiers de milliers de tuberculeux guéris.

D. La seule façon d'être absolument sûr d'une guérison doit être de procéder à un examen périodique, disons tous les six mois, après la sortie du sanatorium?—R. Oui. Les trois années qui suivent la sortie du sanatorium sont importantes. Au bout de sept ans, les anciens pensionnaires du sanatorium ont un taux de mortalité inférieur à celui de la moyenne de la population. Ils forment un groupe de choix. Ils savent se soigner, et vivent plus longtemps que la moyenne.

Le président:

D. Voulez-vous continuer, docteur?—R. Nous avons parlé des lits de sanatoria nécessaires. Le prompt traitement, après tout, dépend de la disponibilité d'un nombre suffisant de ces lits, et de l'existence ou de l'inexistence d'entraves financières. Il nous faut, ai-je dit, trois lits par décès. Il nous faut aussi quelque moyen de financer le coût du traitement, afin de ne pas retarder l'admission des malades au sanatorium. Nous avons fait un relevé des cas nouveaux découverts en 1940, pour voir au bout de combien de temps ils entraient à l'hôpital. Nous connaissons les résultats obtenus dans les provinces où existe un traitement gratuit. En Saskatchewan par exemple, 83 p. 100 ont été admis dans le délai d'un mois, mais dans les provinces Maritimes, où le traitement n'est pas gratuit, 22 p. 100 seulement ont été admis dans le même délai. Le traitement gratuit comporte donc un énorme avantage.

M. Howden:

D. Quels sont les chiffres pour le Manitoba?—R. Soixante-dix-sept pour cent.

M. Lockhart:

D. Et pour l'Ontario?—R. Soixante pour cent.

Mme Casselman:

D. Pour l'Alberta?—R. Soixante-sept pour cent; le traitement est gratuit en Alberta.

M. Blanchette:

D. Et pour Québec?—R. Pour Québec, 36 p. 100. J'aimerais parler du rapport entre le plan d'hygiène projeté et le problème de la tuberculose. Depuis des années, nous croyons à la nécessité d'une aide fédérale en ce qni concerne le problème de la tuberculose. L'Association est connue pour avoir, chaque année, recommandé l'aide fédérale en matière de tuberculose, et c'est la recommandation précise qui fut exprimée, en 1938, à la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces. Nous croyons que cette partie du projet traitant de la tuberculose—l'octroi de subventions—offre une solution au problème. A notre avis, sa mise en application ne comporte aucune sorte de difficulté. Les plans actuellement en vigueur dans les provinces sont bons, mais cette mesure nous permettra de les développer, de les uniformiser, et de les élever à des niveaux minimums. Nous croyons que ces subventions devraient être faites moyennant certaines conditions. Il y aurait lieu, nous semble-t-il, de demander aux provinces l'établissement préalable d'un programme minimum. Nous avons consulté les provinces sur ce qu'elles considéraient comme un programme minimum de lutte contre la tuberculose, et nous avons soumis les réponses au comité de M. Mackenzie sur l'assurance-maladie. L'importance de la subvention pose un problème. Un montant peut être satisfaisant dans certaines provinces et insuffisant dans d'autres. Prenez les provinces où le taux de maladie est trois fois plus élevé qu'ailleurs, et supposez qu'elles reçoivent un neuvième de la subvention. On leur demanderait de doubler leur programme, et elles n'auraient qu'un neuvième de la subvention. Nous sommes donc d'avis qu'il faudrait tenir un compte spécial de certaines provinces où le taux de

mortalité est élevé. Dans un programme national inauguré en vertu de ce système, et puisque nous avons réduit la tuberculose de 50 p. 100 en vingt ans, avec des moyens de fortune, nous pourrions la réduire à n'être plus qu'une faible cause de mortalité dans vingt ans.

Le PRÉSIDENT: Cela répond-il à votre question, monsieur Shaw?

M. SHAW: Oui. Je voudrais en poser brièvement une autre. Peut-être devrais-je la poser au ministre. Est-il vrai que les personnes acceptant un emploi dans l'administration fédérale sont obligées de subir un examen médical, au préalable? En ce cas, si la règle est rigoureusement suivie, elle est censée constituer un règlement?

Le Dr HEAGERTY: Avant la guerre, il n'y avait pas d'examen obligatoire pour les employés temporaires, mais l'employé nommé à titre permanent devait subir un examen médical. Je crois que depuis la guerre, tous ceux qui entrent dans le service passent un examen médical.

M. Donnelly:

D. Quel est le coût d'une journée d'hospitalisation?—R. Environ $2.50 en moyenne.

M. HOWDEN: Pendant que le docteur Heagerty traite ce sujet, je voudrais lui demander autre chose. Les examens médicaux dont vous parlez comprennent-ils l'examen des poumons aux rayons-X?

Le Dr HEAGERTY: Non, et c'est là un point fâcheux. Nous n'avons pas d'examen des poumons aux rayons-X. Hier, le docteur Douglas est venu me trouver avec le rapport d'examen d'une jeune femme du Bureau de la statistique. Il a pu découvrir la tuberculose sans l'aide des rayons-X. Mais le cas était si avancé qu'il a dû interdire à la jeune femme de retourner à son travail. Il s'est arrangé avec la province d'Ontario pour lui procurer un traitement gratuit au sanatorium. C'est une des grandes difficultés que nous devons affronter. Nous ne pouvons pas découvrir la tuberculose de bonne heure, parmi les fonctionnaires, faute de rayons-X.

M. Howden:

D. Autrement dit, les anciennes méthodes de diagnostic étaient loin d'être sûres, en ce qui concerne la tuberculose?—R. Oui, dans une très large mesure.

M. MACINNIS: Si la santé d'un employé ne répond pas aux exigences du service, quel en sera l'effet sur sa situation?

Le Dr HEAGERTY: Il y a un certain nombre d'années, je procédais moi-même à ces examens, et je me fiais à mon jugement. J'ai trouvé que l'albuminerie était fréquente parmi les jeunes gens qui se soumettaient à l'examen; quelques-uns souffraient d'affections cardiaques. Je tenais compte de la nature de leur emploi. Si j'estimais que leur état ne compromettait pas leur travail ou leur longévité, j'approuvais leur admission comme fonctionnaires. Je me suis aperçu, au bout de quelque temps, que le ministère des Postes britannique suit la même méthode. Il ne refuse pas d'employer tous ceux dont l'état ne doit pas normalement nuire à leur travail ou abréger leur vie.

Je voudrais ici vous donner des statistiques fournies par M. Brady, du Bureau fédéral de la statistique. Je ne les lirai pas entièrement.

D'après les derniers chiffres disponibles au Bureau fédéral de la statistique, nous avions en 1941 les différents genres d'hôpitaux suivants:

M. MCGREGOR: Une question au sujet de cet examen. Avant d'entrer dans le service civil, doit-on être en bon état physique?

Le Dr HEAGERTY: Comme je l'ai indiqué, il faut être physiquement apte à remplir les fonctions de l'emploi. Il n'y a pas de règle inflexible. Nous indiquons sur la formule si l'individu est en mesure d'effectuer des travaux ordinaires ou de durs travaux.

M. Shaw:

D. Est-il vrai docteur Wherrett, que l'une des grandes difficultés à laquelle vous vous heurtez est que vous ne pouvez pas obliger une personne à rester dans le sanatorium où on l'a envoyée? J'ai entendu parler de cas où une personne envoyée dans un sanatorium s'y est ennuyée, et est rentrée chez elle. Ne devrait-il pas y avoir une dose d'obligation pour assurer le succès d'un plan préventif ou curatif?—R. C'est un problème. Si vous fournissez assez de lits, et un traitement gratuit, vous pourrez garder les malades au sanatorium aussi longtemps qu'il le faut. En fait, il existe une certaine obligation. Certaines provinces, en vertu de la Loi sur l'hygiène, ont le droit d'admettre des malades. Mais nous trouvons que les renseignements, la persuasion, sont préférables à l'obligation, si l'on peut s'en passer.

D. Oui, c'est vrai.

M. Johnston:

D. Je voudrais poser une question à ce sujet. Le docteur nous a indiqué le chiffre pour la tuberculose. Je voudrais savoir s'il y a des examens pour la maladie de Sherman qui serait un signe avant-coureur de la tuberculose. Des médecins m'ont dit qu'on en a signalé de nombreux cas, depuis six mois. Le docteur voudrait-il commenter ce sujet?—R. Je ne connais rien sur la maladie de Sherman.

D. On me dit que c'est un signe avant-coureur de la tuberculose.—R. Il n'y a pas de signe avant-coureur de la tuberculose. Certaines conditions facilitent le travail des bacilles. Par exemple, les personnes atteintes de chalicose sont plus susceptibles que d'autres de devenir tuberculeuses.

D. J'ai posé cette question parce qu'à Valgary, dernièrement, j'ai parlé à quelques médecins de la clinique. Ils m'ont dit qu'ils avaient eu, si je me rappelle bien, de quinze à vingt cas de maladie de Sherman dans les six mois. On m'informe que c'est un état précurseur de la tuberculose.

M. Bruce:

D. Au sujet de la question soulevée par un membre du Comité, sur l'obligation de faire entrer un malade au sanatorium et de l'y maintenir, mes idées ne sont pas claires. Le témoin a dit qu'il n'y avait d'obligation dans aucune province.—R. Non. L'obligation existe. Certaines provinces ont le droit non seulement d'admettre des malades, mais de les retenir. En Ontario, par exemple, ce droit existe.

D. Le droit d'envoyer les malades au sanatorium?—R. De les y envoyer et de les y garder.

D. C'est une maladie contagieuse, qui doit être traitée comme les autres maladies contagieuses. Si un malade est autorisé à rester chez lui, dans une famille qui compte plusieurs enfants, il est certain que ceux-ci seront contaminés. Il n'y a qu'en Ontario, je crois, où l'Etat ait le droit d'enlever le malade à sa famille pour l'envoyer au sanatorium.—R. La loi sur l'hygiène donne ce droit à la plupart des provinces.

D. Elles ont ce droit?—R. Oui. Mai j'essayais de montrer que la persuasion suffit habituellement.

D. Encore une question, au sujet de ce que le docteur Heagerty a dit sur l'opportunité de faire passer aux rayons-X les personnes admises dans le service civil. Cela ne se fait pas. Est-ce que cela devrait se faire?

Dr HEAGERTY: Je pense que ce serait opportun et très utile, très avantageux.

M. WOOD: Pourquoi limiter cet examen au service civil?

Dr HEAGERTY: Nous n'avons pas de juridiction ailleurs.

M. KINLEY: Monsieur le président, qu'est-ce que cette maladie de Sherman?

Le PRÉSIDENT: Ce n'est pas l'objet de notre discussion.

M. KINLEY: Je le sais.

Le PRÉSIDENT: Nous n'étudions pas la maladie de Sherman.

M. KINLEY: Si, monsieur le président, nous en parlons.

Le PRÉSIDENT: Nous répondons à une question posée par M. Shaw sur la tuberculose. Il a été répondu à la question.

M. KINLEY: Pardon, monsieur le président, la maladie de Sherman se rapporte à cette question.

Le PRÉSIDENT: M. Shaw n'en a pas parlé.

M. KINLEY: Parce que c'est une prédisposition, un précurseur de la tuberculose. J'ai posé une simple question: qu'est-ce que la maladie de Sherman?

Le PRÉSIDENT: Le docteur Wherrett a répondu qu'il ne le savait pas.

M. KINLEY: Oh, je vois.

M. SHAW: Pourrons-nous discuter la question plus à fond lors d'une autre séance?

Le PRÉSIDENT: Certainement.

M. WOOD: Avant que le docteur se retire, j'ai été intéressé par sa réponse sur le degré de fréquence de la tuberculose parmi les Indiens. N'est-ce pas une grande source de contamination; car, après tout, ils circulent librement parmi la population blanche.

Le TÉMOIN: Nous croyons que les Indiens ont répandu l'infection non seulement parmi eux-mêmes, mais parmi la population blanche, et en 1937 la division des Affaires indiennes a entrepris un programme de lutte contre la tuberculose. Pour vous donner une idée du travail accompli, il y avait une cinquantaine de cas au sanatorium en 1937, et l'autre jour on m'a dit qu'il y en avait 800 dans diverses institutions. Cela vous donne une idée des progrès accomplis. Le nombre de ces malades au sanatorium devrait être deux fois plus élevé, d'après ce que nous savons de la tuberculose chez les Indiens.

M. DONNELLY: Les maladies des glandes et des os sont-elles aussi fréquentes qu'autrefois chez les Indiens?

Le TÉMOIN: Non, elles sont loin d'être aussi fréquentes qu'il y a vingt ans.

M. FULFORD: J'ai en mains une série de rapports statistiques . . .

Le PRÉSIDENT: C'est évident.

M. FULFORD: Quoi donc?

Le PRÉSIDENT: J'ai dit que c'est évident.

M. FULFORD: . . . préparés par la province d'Ontario. Je ne sais si les autres provinces ont étudié la question aussi complètement que l'Ontario. Mais je conseillerai à tous les membres du Comité de se procurer au moins un de ces rapports, sur la prévention de la tuberculose comme facteur économique dans la province d'Ontario, avec des tableaux statistiques et des graphiques. Ils fournissent une représentation visuelle de la diminution de la tuberculose en fonction directe de la construction des sanatoria. Prenez une seule section de la province, les comtés de l'est de l'Ontario, qui n'étaient pas bons, en général, en 1931. Le taux de mortalité y était de soixante à soixante-dix. Il est tombé, dans la plupart des comtés, sinon tous, entre vingt et vingt-neuf en dix ans. Je ne saurais trop recommander au Comité l'étude de ces tableaux et de ces graphiques, qui montrent, sans doute possible, ce qu'on peut faire, en matière de tuberculose, en s'y prenant bien.

Le PRÉSIDENT: Merci. Où peut-on les avoir?

M. FULFORD: Aux édifices du Parlement, à Toronto. Je serai très heureux de déposer ceux-ci.

Le PRÉSIDENT: Merci.

M. McCann: Je voudrais poser une question au ministre, en vue de l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie au Canada. On nous a beaucoup parlé de la tuberculose parmi les Indiens. L'assurance serait-elle applicable aux Indiens? Voici pourquoi je pose cette question: elle contient probablement la solution de certaines raisons de la fréquence de la tuberculose parmi la population indienet il est bien connu que le Gouvernement du Canada a des obligations à la fois morales et contractuelles en ce qui concerne l'éducation et l'hygiène de cette population. C'est actuellement le service médical de la division des Affaires indiennes, ou certaines subdivisions de ce service, qui s'occupent des Indiens. Ceux-ci ne tombent pas, au point de vue hygiène, sous la juridiction du ministère des Pensions et de la Santé nationale, ni sous la juridiction des ministères provinciaux de la Santé dans les provinces où les réserves indiennes sont situées. Je crois que cette division des autorités chargées de s'occuper des Indiens est une des raisons de l'élévation du taux de mortalité parmi eux. Mais si nous établissons l'assurance-maladie, en comprenant les Indiens dans le projet, la Commission ou le ministère chargé de cette assurance assumerait les soins médicaux et l'hospitalisation des Indiens. Je proposerai au moins que cela relève du ministère provincial ou de la commission qui appliquerait le plan d'assurance-maladie. La race indienne est très sujette à la tuberculose, mais si nous remplissons notre devoir envers elle, il n'y a pas de raison pour que nous ne puissions réduire le taux de morbidité et de mortalité parmi les Indiens, en ce qui concerne la tuberculose, au même niveau que parmi la population blanche. N'oublions pas que nous en souffrons, en raison des conditions actuelles: avec la facilité des transports et des communications, les Indiens ne sont pas aussi isolés qu'ils devraient l'être, ou qu'ils l'ont été; ils entrent en contact avec la population blanche des villes ou des agglomérations voisines. Ils s'embauchent dans les usines, tout en vivant sur leurs réserves, et sont ainsi en contact avec un grand nombre d'autres personnes, auxquelles ils peuvent communiquer leur maladie. Et l'on ne peut pas les exclure de ces agglomérations. Cela étant, il faut que la population blanche s'intéresse à leurs problèmes d'hygiène, en particulier au problème de la tuberculose, sans limiter ce soin au service médical de la division des Affaires indiennes. S'ils ne doivent pas être compris dans le plan d'assurance-maladie, il serait très bon de transférer les soins médicaux des Indiens, de la division des Affaires indiennes au ministère des Pensions et de la Santé nationale.

Quelques hon. députés: Très bien, très bien.

M. Lockhart: Je compléterai, à titre de simple suggestion, ce que M. McCann a dit, en signalant au Dr Heagerty, qui trouvera peut-être un procédé d'application de cette idée, que dans la région d'où je viens, et qui est grande productrice de fruits, nombre de familles indiennes arrivent d'un seul coup, femmes et enfants compris, pour la saison. Il y a danger qu'elles répandent cette maladie parmi la population blanche. Je me demande si l'on peut contrôler ce penre de migrations. Je fais une simple suggestion.

Le président: Le docteur Heagerty voudra bien répondre.

Le Dr Heagerty: Il est bien clair que tous les Indiens travaillant à l'extérieur de leur réserve seront automatiquement compris dans l'application du plan d'assurance-maladie, mais il faudra des dispositions spéciales à l'égard de ceux qui vivent sur les réserves, si le gouvernement fédéral désire leur procurer l'assurance-maladie.

M. Howden: Je ne crois pas que l'on réalise de grands progrès vers la solution du problème indien, surtout dans le district septentrional, tant que l'on n'aura pas changé leur milieu. J'ai de l'expérience à cet égard. J'ai eu beaucoup de rapports avec le ministère des Affaires indiennes. Je me suis occupé du traité indien à l'été de 1907, et je connais la question de la tuberculose parmi les Indiens qui vivent dans le nord. Quand je me trouvais là, ils

mouraient de tuberculose par groupes—non pas un ou deux décès, mais des demi-douzaines, des douzaines—et leurs conditions de vie en était une des raisons. Ils vivent dans de petites huttes couvertes de boue, de dix pieds sur douze, à raison de dix ou douze personnes dans la même hutte. Or il faut reconnaître une chose, à savoir que lorsque les Indiens vivaient dans leur état naturel, libres d'errer à volonté, leur santé en général était excellente. La tuberculose s'est répandue parmi eux depuis que notre civilisation moderne les a conduits à vivre dans ces petites huttes surpeuplées. La première mesure que le gouvernement devra prendre, pour améliorer la santé des Indiens, sera d'améliorer leurs conditions de vie. Je ne crois pas que cela puisse se contester.

Le PRÉSIDENT: Le docteur Heagerty restera prêt à répondre à d'autres questions.

Nous avons l'avantage de recevoir ce matin les représentants du Conseil des hôpitaux canadiens. Le docteur George S. Stephens, président de ce Conseil, voudra bien présenter les délégués. Je lui cède la parole.

Le Dr GEORGE S. STEPHENS, de Montréal, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre, mesdames et messieurs, tout l'avantage est pour nous; c'est nous qui avons l'avantage de soumettre notre cause à votre Comité. Vous avez ici le conseil d'administration, ou tout au moins un comité qui le représente. Notre Conseil, comme vous le savez peut-être, est une simple fédération de toutes les associations hospitalières du Canada, provinciales et régionales. Des Soeurs en font aussi partie, bien qu'elles aient un Conseil des hôpitaux catholiques.

Nous avons eu la chance de voir les projets ou de les discuter avec le docteur Heagerty, puis, dès le début, avec son comité. Nous avons soumis nos idées au comité, qui en a accepté plusieurs, de sorte que l'harmonie a régné. Je suis accompagné aujourd'hui par M. l'abbé Brennan, le docteur Harvey Agnew, M. J.-H. Roy, tous membres du Conseil. Mais il n'y a pas de représentants des provinces Maritimes ni de la Colombie-Britannique. Nous avons également ici, comme membres du Conseil mais non du comité, la révérende mère Allaire, représentant le Conseil des hôpitaux catholiques. Je crois que le révérend père Bouvier, de Laval, est ici également; il devait venir.

Avec votre permission, je prierai le docteur Harvey Agnew, secrétaire du Conseil et, à mon avis, la plus forte autorité dans les questions d'hôpitaux au Canada—il est aussi parfaitement au courant de la situation américaine—de vous présenter le mémoire. Est-ce conforme au règlement?

Le PRÉSIDENT: Oui.

Le Dr HARVEY AGNEW est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, honorable monsieur Mackenzie, madame Casselman, messieurs,

Le Conseil des hôpitaux canadiens est très heureux de paraître devant ce Comité parlementaire d'enquête sur la sécurité sociale. Il est naturel que les hôpitaux s'intéressent vivement aux changements législatifs projetés, puisqu'ils existent essentiellement pour rétablir la santé de notre population, et subiront les conséquences de tout projet adopté pour le soin des malades.

LE CONSEIL DES HÔPITAUX CANADIENS

Le Conseil des hôpitaux canadiens est une fédération des associations hospitalières, provinciales et régionales, du Canada, au nombre de douze. Outre les associations provinciales et la *Maritime Hospital Association*, nous comptons parmi nos membres les "conférences" régionales de l'Association des Hôpitaux catholiques des Etats-Unis et du Canada. Dans la province de Québec, où n'existe pas d'association provinciale, les hôpitaux sont représentés par le Conseil

des hôpitaux de Montréal et par les conférences de Québec et de Montréal de l'Association des hôpitaux catholiques. La section des hôpitaux de la *Canadian Medical Association* fait partie du Conseil, ainsi que le ministère des Pensions et de la Santé nationale et tous les ministères provinciaux de l'Hygiène. Ces ministères sont ce qu'on pourrait appeler des "membres associés", qui ne souscrivent pas nécessairement au présent mémoire. Une étroite collaboration entre les gouvernements et les hôpitaux a paru opportune, mais, comme les principes adoptés pouvaient embarrasser les représentants des ministères, ceux-ci, à leur propre demande, ont été désignés comme membres consultatifs.

On voit donc que le Conseil des hôpitaux canadiens représente les hôpitaux, par l'intermédiaire de leurs associations et conférences respectives. A peu d'exceptions près, tous les hôpitaux bénévoles et municipaux et les sanatoriums pour la tuberculose font partie de ces associations et conférences.

LE SYSTÈME HOSPITALIER AU CANADA

Il est difficile de ramener à un seul type le système hospitalier du Canada. Le premier hôpital qu'il y ait eu, au Canada ou aux Etats-Unis, l'Hôtel-Dieu de Québec, ouvert il y a trois cents ans (1639), était dirigé par une communauté religieuse, comme presque tous les hôpitaux fondés par la suite, pendant quelque temps. Plus tard, les hôpitaux bénévoles fondés par des laïcs ont augmenté en nombre, jusqu'à prendre la prépondérance. Au cours des dernières années, les hôpitaux municipaux, hôpitaux civiques ou "d'union" ont beaucoup augmenté, surtout dans les provinces des Prairies.

Je voudrais ici vous donner des statistiques fournies par M. Brady, du Bureau fédéral de la statistique. Je ne les lirai pas entièrement.

D'après les derniers chiffres disponibles au Bureau fédéral de la statistique, nous avions en 1941 les différents genres d'hôpitaux suivants:

HÔPITAUX AU CANADA, 1941

	Hôpitaux	Lits pour adultes et couchettes	Berceaux
Maladies aiguës[1]	573	46,504	5,980
Tuberculose	43	10,992[2]	....
Chroniques et incurables	20	3,415	....
Maladies contagieuses	14	1,713	5
Convalescents (public)	10	830	....
Maladies mentales	60	40,115[3]	....
Hôpitaux privés	325	3,867	776
Fédéraux[4]	175	9,493	6
Total	1,220	119,019	6,766

[1] Comprend les maladies générales, les femmes, les enfants, la Croix Rouge, les non classés.

[2] Comprend 2,090 lits dans 37 sections de tuberculose des hôpitaux pour maladies aiguës.

[3] Comprend 785 lits dans deux hôpitaux fédéraux.

[4] Derniers chiffres disponibles à la date du 24 septembre 1940.

ORGANISMES CONTRÔLANT LES HÔPITAUX AU CANADA, 1941

	Hôpitaux	Lits pour adultes et couchettes	Berceaux
A. Maladies aiguës et chroniques (autres que la tuberculose)			
BÉNÉVOLES[1]			
Laïques	215	20,106	2,478
Catholiques romains	181	21,886	1,593
Croix Rouge et Croix Rouge junior	44	590	103
Eglise unie	19	546	103
Armée du Salut	11	688	295
Eglise anglicane	6	211	19
Autres	17	733	92
MUNICIPAUX (y compris "union")	120	8,842	1,213
PROVINCIAUX	4	950	31
FÉDÉRAUX	175	9,493	6
PRIVÉS (y compris hôpitaux industriels)	325	3,867	776
Total	1,117	67,912	6,766
B. Sanatoriums pour tuberculose	43	8,902	....
Laïques	24	5,887	....
Catholiques romains	5	754	....
Provinciaux	6	1,358	....
Municipaux	4	656	....
Fédéraux[2]	4	247	....
Sections de tuberculose dans les hôpitaux pour maladies aiguës[3]	37	2,090	....

[1] Comprend les enfants, maladies générales, maladies des femmes, maladies contagieuses, convalescents, Croix Rouge, incurables et non classés.

[2] Comprend un sanatorium ouvert en 1942.

[3] Ces chiffres sont compris dans les hôpitaux pour maladies aiguës.

Je voudrais commenter certains de ces chiffres. Vous verrez, par exemple, que nous avons 46,000 lits pour maladies aiguës, ce qui est très honorable pour un pays jeune comme le Canada. Nous avons près de 11,000 lits pour tuberculeux, mais nous tombons à 830 pour les convalescents. Ces totaux sont intéressants. Il y a en tout 1,220 hôpitaux, avec 119,000 lits et des berceaux qui portent le chiffre à environ 126,000. A la page suivante nous avons les organismes qui contrôlent les hôpitaux. Vous voyez que le groupe laïque est le plus fort, avec 215 hôpitaux. Toutefois, les hôpitaux des Soeurs, bien que moins nombreux, contiennent un plus grand nombre de lits, soit 21,886. Ces divers hôpitaux bénévoles sont, en tout, au nombre de 493, et comprennent un total de 44,000 lits; on remarquera que les hôpitaux municipaux sont encore en nombre assez réduit, bien qu'ils aient atteint le chiffre de 120, avec 8,842 lits.

Ces statistiques démontrent que notre système hospitalier englobe plusieurs genres d'institutions. Mais il serait juste de le considérer comme formé surtout d'institutions laïques et religieuses exploitées sans but lucratif.

Il convient ici de faire l'appréciation de notre système actuel d'hôpitaux.

APPRÉCIATION DU SYSTÈME ACTUEL D'HÔPITAUX

Le système d'hôpitaux qui s'est établi au Canada a ses avantages et ses faiblesses. Mais nous croyons que d'une manière générale les Canadiens peuvent être très fiers de leurs hôpitaux, qui valent parfaitement, toute classification respectée, ceux de n'importe quel autre pays, et dépassent de beaucoup ceux de bien des pays.

QUALITÉS

1. *Etendue des territoires desservis*

Si l'on considère les vastes espaces et l'éparpillement de la population du Canada, la répartition de nos hôpitaux est vraiment excellente. De petits hôpitaux parsèment le pays partout où il y a assez de population pour justifier leur existence. Environ 54 p. 100 de nos hôpitaux généraux ont une capacité de 50 lits ou moins. Près de 25 p. 100 ont 25 lits ou moins. Le système des petits hôpitaux fut considérablement encouragé après la première guerre mondiale du fait que nombre de municipalités, en particulier dans les provinces du Centre et de l'Est, et en Colombie-Britannique, érigèrent des hôpitaux en guise de monuments commémoratifs. Plus tard, la coutume des hôpitaux municipaux se répandit des grands centres aux campagnes, en particulier dans les provinces des Prairies, ou les "hôpitaux d'unions" se multiplièrent dans les municipalités rurales. Plusieurs régions rurales sans hôpitaux publics sont desservies par des hôpitaux "privés".

Dans beaucoup d'endroits trop pauvres pour entretenir un hôpital, la Croix-Rouge canadienne a fait beaucoup de bien en construisant et en maintenant elle-même de petits hôpitaux jusqu'à ce que les gens fussent en mesure d'en assumer les frais. Il y a actuellement 44 hôpitaux de la Croix-Rouge, aux avants-postes de notre pays, de l'île de Grand-Manan, dans l'Atlantique, à Kyuquot, en Colombie-Britannique.

2. *Egalité de traitement pour les pauvres*

Ceux qui ne peuvent payer pour leur propre hospitalisation, les "indigents", reçoivent quand même aux hôpitaux des soins excellents. Nos hôpitaux publics acceptent indifféremment les malades de toute classe, race, religion ou couleur.

3. *Grande utilité des subventions provinciales et des paiements par les municipalités*

Nous sommes le seul pays à jouir d'un système de paiements par les municipalités pour les gens de l'endroit incapables de payer, et de subventions provinciales journalières pour les malades de certaines catégories (ceux des salles communes, en certaines provinces; tous les malades hospitalisés, en d'autres provinces). Seulement quelques Etats, aux Etats-Unis, jouissent de ce système, et il en existe peu d'autres qui lui ressemblent. Les paiements n'atteignent pas, d'ordinaire, le coût total des soins donnés, mais c'est grâce à eux qu'il est possible aux hôpitaux d'accorder aux "malades publics" les soins excellents qu'ils leur donnent actuellement. Et les avantages de ce système ne s'arrêtent pas là: dans plusieurs localités nouvelles, aux ressources financières limitées, les citoyens ont été encouragés à construire un hôpital—je veux dire un hôpital bénévole—par le fait qu'ils pouvaient compter sur des subventions assurant une bonne partie du coût des soins aux malades incapables de payer pour leur hospitalisation. Cet encouragement donné aux initiatives privées a d'autant plus de valeur que très peu d'hôpitaux disposent de dotations importantes.

4. *Caractère "public" de la plupart de nos hôpitaux, dont quelques-uns seulement sont privés*

Environ 67 p. 100 de nos hôpitaux pour maladies aiguës et chroniques (autres que pour maladies mentales, qui dépendent du pouvoir fédéral) sont des hôpitaux "publics", c'est-à-dire qui ne fonctionnent pas sur une base de profits commerciaux; ce sont des hôpitaux bénévoles ou des hôpitaux municipaux approuvés par leurs gouvernements provinciaux respectifs et ayant droit à l'aide de leurs provinces et de leurs municipalités pour l'hospitalisation des

indigents.* Le nombre de lits des hôpitaux publics est d'ailleurs beaucoup plus grand que celui des autres; 94 p. 100 des lits pour les maladies ci-dessus sont d'ailleurs dans les hôpitaux publics. Cela signifie plus de soins pour les malades incapables de payer pour eux-mêmes, ou incapables de payer entièrement leurs frais. Cela signifie aussi un contrôle et une surveillance plus étroite du ministère provincial de la Santé.

5. *Excellence maintenue des services*

Plusieurs facteurs contribuent à garder à un haut niveau de qualité les services dispensés par les hôpitaux:

(*a*) Surveillance et contrôle provinciaux;

(*b*) Grand rôle du travail de "standardisation" de l'*American College of Surgeons* dans la mise des services médicaux des hôpitaux sur le pied actuel d'excellence;

(*c*) En reconnaissant certains hôpitaux comme capables de former les internes, la *Canadian Medical Association* a amélioré de beaucoup la qualité des services dispensés aux malades;

(*d*) En donnant son approbation à des écoles de gardes-malades, les associations provinciales de gardes-malades (parfois avec la collaboration des gouvernements provinciaux) ont fait beaucoup pour relever le niveau de la profession de garde-malade dans les hôpitaux.

6. *Accueil des malades payants et des malades pauvres dans les mêmes hôpitaux*

Tous les hôpitaux exploités sans but lucratif, qu'ils soient bénévoles ou municipaux, s'occupent à la fois des malades de la salle commune et des malades qui paient pour leur hospitalisation, et les placent généralement dans un même édifice. Il n'y a pas d'hôpitaux "de comtés" pour les indigents, comme dans les grands centres des Etats-Unis, ni de mise à part des malades qui paient dans des infirmeries privées, comme en Grande-Bretagne.

Il faut dire que plusieurs hôpitaux bénévoles de Grande-Bretagne ont des lits privés, depuis quelques années.

Cela présente un avantage inappréciable pour tous les intéressés. Plus il y a de malades ensemble mieux sont organisés les services et le personnel nécessaires aux diagnostics et aux traitements. Les frais aussi sont plus réduits, le temps du personnel est ménagé, l'atmosphère générale est meilleure et l'ensemble de l'organisation plus démocratique.

FAIBLESSES ACTUELLES

1. *Les frais d'hôpitaux opposent un handicap sérieux aux malades de ressources moyennes*

Les frais d'hospitalisation sont une charge très lourde pour les familles de revenus moyens. Une maladie sérieuse ou prolongée enlève souvent à une famille ses épargnes de nombreuses années. Le prix total de l'hospitalisation n'est pourtant pas élevé; la population ne paie directement, comme frais d'hospitalisation, que de $22,000,000 à $30,000,000 environ, selon le cycle de la prospérité. Ces chiffres ne représentent qu'une fraction de ce qui se paie pour le tabac, les boissons, les cosmétiques, les paris, mais il y a cette différence que la maladie frappe sans avertissement; il est rare que les budgets la prévoient, et les dépenses qu'elle nécessite s'y inscrivent en un chiffre formidable et dans le moment où il est le plus difficile d'acquitter des paiements imprévus.

Les frais d'hôpitaux sont remarquablement peu élevés si l'on considère les résultats miraculeux que l'on peut obtenir. Il en coûterait encore moins cher

*Aux Etats-Unis, les hôpitaux appelés publics sont seulement ceux qui appartiennent aux municipalités ou aux divers gouvernements. Les hôpitaux bénévoles y sont souvent appelés "privés", et ce que nous appelons hôpitaux privés devient, outre frontière, des hôpitaux "proprietary", c'est-à-dire particuliers.

aux malades qui paient leur hospitalisation si les fonds publics consacrés au soin des malades indigents suffisaient entièrement à défrayer le coût de ces soins.

Les systèmes d'hospitalisation bénévole et ceux des compagnies d'assurance ont rendu de grands services aux malades à revenus limités. Un système d'hospitalisation en commun sur une base non commerciale, celui de l'Ontario, a obtenu l'adhésion de 175,000 membres en deux années environ. D'un littoral à l'autre, il existe bon nombre de systèmes bénévoles, dont certains accordent l'hospitalisation et d'autres y joignent des prestations en argent. Ces systèmes diminuent le poids financier de l'hospitalisation, mais malheureusement leurs bienfaits n'atteignent pas toute la population, celle en particulier des campagnes.

2. *Certaines localités rurales manquent d'hôpitaux*

Nous avons dit plus haut que la répartition de nos hôpitaux est excellente, à cause du grand nombre de petites institutions qui parsèment le pays d'un océan à l'autre. Mais il faut admettre qu'un nombre assez considérable de localités sont privées des bienfaits de l'hôpital. Dans beaucoup de ces endroits, il existe une besoin d'hôpitaux, particulièrement dans les cas de mauvais temps.

Mais il est possible que ce besoin ne soit pas aussi grand qu'il le paraît. Avec l'automobile, les routes modernes, le téléphone rural et, en certains cas, l'avion, la distance a beaucoup moins d'importance qu'autrefois. Il est, en outre, de plus en plus reconnu qu'un seul hôpital dans un district, mais bien équipé et doté d'un bon personnel, rend infiniment plus de services que deux petits hôpitaux, ou plus, dans les villes voisines, sans rayons-X, sans laboratoire, sans toutes sortes d'autres facilités spéciales, et dotés d'un personnel technique insuffisant, lorsqu'il y en un.

3. *Faute de coordination, il y a des endroits sans hôpitaux et d'autres qui en ont trop*

L'histoire des hôpitaux, ici comme dans la plupart des autres pays, est l'histoire des initiatives individuelles plutôt que des mouvements d'ensemble. Presque tous les hôpitaux doivent leur fondation et leur maintien à quelques hommes et femmes d'esprit social. C'est pourquoi certains endroits sont privés d'hôpitaux tandis que d'autres en ont trop pour leurs besoins réels. Il y a parfois trop de lits pour les malades payants et pas assez pour les malades indigents; ailleurs on n'est pas en mesure d'isoler les contagieux, ou de soigner soit les convalescents, soit les incurables.

4. *Le système actuel de paiement pour les soins aux indigents cause souvent des relations tendue entre les hôpitaux et les municipalités*

La plupart des provinces obligent leurs municipalités à payer un taux journalier pour l'hospitalisation de ceux de leurs administrés qui ne peuvent payer eux-mêmes. En dépit de nombreuses révisions de ces accords, il y a des controverses constantes sur la définition de l'administré, de l'indigent, et sur la détermination du taux journalier à payer. Plusieurs malades, ceux en particulier des populations flottantes, n'admettent pas l'hôpital à l'aide de la municipalité. Bien peu de municipalités paient pour le soin des malades de l'extérieur.

Les administrateurs d'hôpitaux, qui donnent sans compter leur temps, leurs préoccupations et leur santé pour le bien des malades, sont découragés de ces chicanes et seraient bien heureux d'un accord supprimant ces causes de vexation et d'anxiété.

Le reste du mémoire porte spécialement sur l'assurance-maladie.

L'ASSURANCE-MALADIE

Le Conseil des hôpitaux canadiens, d'une manière générale, est en faveur du principe de l'assurance-maladie. Cette opinion n'est pas nécessairement celle de

chaque conseil d'administration de laïques ou de Sœurs, ni celle des ministères qui collaborent au travail du Conseil des hôpitaux canadiens. Elle ne comporte, non plus, l'approbation d'aucun plan particulier.

Tous sont d'accord pour trouver trop lourd le coût de la maladie pour l'hospitalisation moyen, et pour souhaiter l'adoption de quelque mesure pouvant le soulager de ce fardeau, qui lui arrive en un moment où il manque forcément de revenus; cette mesure doit répartir le coût entre les personnes qui sont en santé et plus capables, par conséquent, de faire face à cette obligation.

PRINCIPES DE BASE

Il faut veiller, toutefois, à ce que l'assurance-maladie respecte les bons côtés de notre système actuel d'hospitalisation. Il doit être possible de conserver ce qui mérite de l'être, et de corriger les faiblesses et les déficiences sérieuses de nos hôpitaux sans transformer trop radicalement notre système de base.

1. *Les hôpitaux bénévoles doivent être utilisés*

On doit respecter particulièrement le principe du support volontaire. Près de deux cents millions de dollars ont été affectés à la construction d'hôpitaux volontaires, laïques et religieux, dans notre pays; on ne pourra jamais compter la somme de travail que d'innombrables volontaires ont consacrés au maintien de leurs services. Nous ne devons pas supprimer le travail volontaire et le remplacer par le travail impersonnel de l'Etat, mais encourager les initiatives personnelles à compléter l'aide et le support assurés par l'ensemble de la société.

Il faut, pour cela, continuer d'utiliser les hôpitaux bénévoles existants, à condition qu'ils se soumettent aux standards déterminés par la commission ou autres organisme directeur.

Cela implique le droit pour les malades de choisir leur hôpital, à condition, comme il vient d'être dit, que cet hôpital se conforme aux standards exigés, et que les malades soient des catégories acceptées par l'hôpital.

2. *L'hospitalisation devrait être assurée par les hôpitaux "publics"*

Sauf accord spécial, seuls devraient avoir droit au paiement des services dispensés aux assurés les hôpitaux reconnus par le gouvernement provincial comme hôpitaux "publics", c'est-à-dire soit des hôpitaux bénévoles non-commerciaux (laïques ou religieux), soit des hôpitaux appartenant aux municipalités.

Il y aurait exception dans les cas de districts ruraux très étendus et desservis seulement par des hôpitaux privés.

3. *Les prestations hospitalières devraient être assez étendues*

Les prestations hospitalières devraient comprendre:

(*a*) Les soins généraux d'infirmerie;
(*b*) Les médicaments, pansements et appareils nécessaires;
(*c*) Les services de salle d'opération et de salle des cas spéciaux;
(*d*) Les procédés nécessaires de diagnostic;
(*e*) La physiothérapie et la thérapeutique des maladies professionnelles, au besoin;
(*f*) Les soins spéciaux d'infirmières, mais seulement en cas d'absolue nécessité;
(*g*) Les autres soins que l'organisme de direction approuvera.

4. *Le traitement de tous les genres de malades devrait être rendu possible*

Pour plusieurs genres de maladies, on manque présentement de moyens de traitement suffisants. La plupart des provinces manquent sérieusement de ce qui est nécessaire au traitement des maladies chroniques ou incurables. On manque aussi du nécessaire pour le traitement des convalescents; les installations voulues permettraient de libérer des lits dans les hôpitaux généraux les

mieux équipés et de hâter le retour des malades à leur travail. La plupart des provinces manquent aussi des facilités de traitement de la tuberculose et des maladies mentales. Seules quelques institutions centrales disposent de salles affectées à l'observation des symptômes d'aliénation mentale bénigne, qui dépendent parfois d'autres maladies. En dehors des grandes villes, on manque généralement de facilités pour l'isolement des contagieux, de même que pour le traitement des alcooliques et des narcomanes. Bien qu'on puisse difficilement considérer comme hôpitaux les asiles de vieillards et d'infirmes, leur carence constitue partout un problème sérieux et augmente le fardeau de nos hôpitaux généraux.

Pour répondre à ces besoins, il semble nécessaire que l'aide de l'Etat complète les initiatives particulières.

5. *Le plan devrait prévoir l'hospitalisation des indigents*

Tout système d'assurance-maladie doit porter aussi bien sur les personnes incapables de payer que sur les contributeurs. Les premiers devront recevoir les mêmes services d'hospitalisation que les autres. Si les paiements de contributions suffisent à couvrir le coût de ces services—et ils doivent y suffire—le système actuel de paiements par les municipalités et de subventions par les provinces deviendra inutile.

6. *Le cas des personnes à la charge des assurés devrait aussi être prévu*

Le système d'assurance-maladie doit protéger non seulement le chef de la famille, mais aussi toutes les personnes à sa charge. Il est de l'intérêt national de faire bénéficier des avantages du système tous les enfants, quel que soit leur nombre, et sans majoration de la prime exigée des parents.

7. *Les hôpitaux devraient être suffisamment rémunérés*

Comme nos hôpitaux, sauf quelques cas très rares, n'ont pas de capitaux et dépendent, pour leurs frais de maintien, des paiements qui leur viennent de diverses sources selon les services dispensés, il est indispensable de rémunérer suffisamment les hôpitaux à même la caisse d'assurance, ce qui leur permettrait:

(*a*) d'assurer aux malades des traitements efficaces et modernes;
(*b*) de couvrir les frais de l'hospitalisation des malades;
(*c*) de prévoir une somme raisonnable pour couvrir la dépréciation et permettre les améliorations nécessaires;
(*d*) de rendre possible l'enseignement et tout travail utile d'éducation.

8. *La rémunération devrait être établie sur une base avantageuse pour tous*

Il faut trouver une base de rémunération qui soit juste et pour l'hôpital considéré individuellement et pour la caisse d'assurance. Il faut reconnaître que les frais de maintien des hôpitaux sont variables et dépendent particulièrement de la dotation en outillage coûteux, des services spéciaux, de l'emploi d'un personnel expert et, dans le cas de certains petits hôpitaux, de l'irrégularité d'affluence des malades ainsi que du coût élevé de l'approvisionnement.

Comme il peut y avoir diverses méthodes de rémunération, nous recommandons, pour chaque province, une entente particulière avec les représentants des hôpitaux sur le système de paiement à adopter.

9. *Il faudrait respecter le droit des hôpitaux au choix de leur propre personnel*

La loi actuelle exige des hôpitaux un choix judicieux de leurs personnels médicaux. Cela part de la reconnaissance à l'Etat du droit, parce qu'il contribue au traitement des malades des salles communes, d'exiger que ces malades soient traités par des personnes compétentes. Ce choix est fait, d'ordinaire, par les gouverneurs ou les administrateurs de l'hôpital sur la recommandation d'un comité spécial du personnel médical. Il est très utile à un médecin de jouir

de privilèges d'hôpital, et la plupart des médecins en jouissent maintenant, selon leur spécialité ou empétence particulière. A certains médecins est accordé le privilège de soigner seulement certains patients; à d'autres, celui de soigner gratuitement les malades indigents. L'assurance-maladie pourra modifier matériellement cet état de choses. Toutefois, comme les hôpitaux ont une responsabilité envers leurs malades et tiennent avec un orgueil justifié à la réputation qu'ils se sont acquises, ils ne souhaitent pas du tout voir d'autres intérêts les forcer à accorder des privilèges très techniques à des médecins auxquels les administrateurs, sur l'avis de leurs personnels médicaux, ne veulent pas donner ces privilèges, et qu'ils ne veulent pas admettre parmi leurs personnels. Si l'on ne consent pas à donner cette garantie aux hôpitaux et à leurs malades, on compromettra gravement l'intérêt et l'ardeur des nombreux hommes et femmes d'esprit altruiste qui travaillent actuellement en qualité d'administrateurs d'hôpitaux ou autrement.

10. *Il faudrait accorder aux assurés le droit de recevoir davantage s'ils paient la différence de prix*

Nous supposons que le système proposé comportera un type uniforme d'hospitalisation, sans doute du genre de la salle commune. Si les malades désirent une salle semi-privée ou une chambre à eux seuls, ou des servcies auxquels l'assurance ne donne pas droit, il devrait leur être possible de les obtenir sur paiement de la différence de prix.

11. *L'assurance-maladie devrait être établie sur une base provinciale, mais soumise à la coordination du pouvoir fédéral*

Il semble préférable, au début, d'établir l'assurance-maladie projetée sur une base provinciale; mais de l'établir de telle sorte qu'elle subisse l'influence d'une loi fédérale accordant une certaine aide financière à des conditions expresses, afin de pouvoir un jour réunir tous les systèmes provinciaux en un seul système national.

Cette recommandation part des raisons suivantes:

(*a*) Les conditions varient tellement d'une province à l'autre qu'il serait beaucoup plus difficile d'établir un système pratique sur une base fédérale que sur une base provinciale;

(*b*) Comme il est difficile d'obtenir des données exactes sur la fréquence probable des maladies, sur les frais à payer, etc., d'après une expérience acquise au Canada, il faut s'attendre à une révision ultérieure du coût et des taux; si l'expérience du début révèle des calculs inexacts et qu'il s'ensuit un déficit, il vaut mieux subir un petit déficit provincial qu'un grand déficit fédéral;

(*c*) Un système administré sur une base fédérale exigerait probablement des modifications à l'A.A.B.N.

12. *Il importerait de soumettre le système à une direction strictement non politique*

A cause de l'importance vitale de la santé de notre population pour le bien-être du pays, il faut à tout prix éviter l'ingérence politique dans la direction de l'assurance-maladie. Nous pensons, en majorité, que l'administration doit en être confiée, dans les provinces, à une commission indépendante, non politique, relevant du lieutenant-gouverneur en conseil, soit directemet, soit par l'entremise du ministère de la Santé. Ou encore le système pourra relever du ministre de la Santé, pourvu que les divers organismes représentant les dispensateurs des services puissent prendre une part suffisante au contrôle et à la direction de ces services.

13. *Représentation des hôpitaux à la commission ou au conseil consultatif*

La commission, nombreuse ou non, devra représenter largement tous les intéressés, bénéficiaires comme dispensateurs des services. Si la commission est peu nombreuse, il ne sera pas question de nommer un représentant des hôpitaux; mais si elle est nombreuse il le faudra, à cause de l'importance des services d'hospitalisation pour tout système d'assurance-maladie.

Nous supposons qu'il sera établi une commission ou un conseil consultatif général pour conseiller la commission (ou le ministère de la Santé) sur l'application du système. L'association officielle des hôpitaux, provinciale ou fédérale selon le cas, devrait être représentée à cette commission ou ce conseil consultatif.

Nous recommandons une commission ou un conseil consultatif sur le plan fédéral, afin d'aider à l'application de la loi proposée. Il faudra y représenter le Conseil des hôpitaux canadiens.

14. *La caisse d'assurance-maladie sur une base de contributions*

Il est préférable que l'assurance-maladie soit établie sur une base de contributions. Bien qu'à tout prendre ce sont les contribuables qui paieront de toute façon la totalité des dépenses, il vaut mieux que chacun se sente personnellement responsable du maintien des frais à un niveau raisonnable.

Nous croyons que la caisse d'assurance-maladie doit être alimentée par (*a*) les assurés, (*b*) les employeurs, (*c*) le gouvernement fédéral et (*d*) le gouvernement provincial.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

15. *Importance de la médecine préventive*

La médecine préventive est si indispensable au bien-être de la population qu'elle doit faire l'objet de l'une des principaless dispositions de toute loi qui sera adoptée. Toute somme publique dépensée pour la santé publique ou pour des mesures prophylatiques doit, d'une manière générale, donner des dividendes sous forme d'une amélioration de la santé publique et d'une plus grande prospérité, d'un plus grand bonheur—ce qui dépasse de loin la valeur calculable de l'argent dépensé. Il faut pour cela une étroite coopération des organismes fédéral et provinciaux et des ministères fédéral et provinciaux.

16. *Recherches scientifiques*

Tout plan d'assurance-maladie doit prévoir des recherches scientifiques. La médecine scientifique ne peut rester statique; notre état de santé actuel est meilleur à cause des recherches de nos prédécesseurs. Nous profitons en outre des recherches effectuée et payées dans d'autres pays. C'est donc justice que nous travaillions, nous du Canada, à développer et augmenter notre propre contribution à l'avancement de la science.

17. *Hôpitaux-écoles*

Il importe beaucoup de continuer l'enseignement clinique dans les écoles médicales. L'éducation médicale est composée d'instruction académique et d'observation clinique, ou observation de chevet. Il est parfaitement possible, si l'on n'y prend garde, que l'enseignements clinique souffre de ce que tous les individus capables ou non de contribuer, profiteront du plan. Les occasions moins nombreuses d'observation clinique feraient baisser d'une manière correspondante, au Canada, le niveau de l'éducation médicale, ce qui aurait de sérieuses conséquences sur la santé de la génération suivante. Les dispositions à prendre à ce sujet relèvent du pouvoir provincial.

18. *Il faudrait encourager les plans volontaires d'hospitalisation et de soins médicaux pour les personnes gagnant plus que le revenu-limite, s'il en est fixé*

S'il était déterminé un revenu-limite au-dessous duquel la participation à l'assurance-maladie serait obligatoire et au-dessus duquel elle serait interdite, un grand nombre de personnes et de familles n'auraient pas droit aux prestations du système. Nous recommandons, en ce cas, d'encourager, sur le plan provincial, les services d'hospitalisation, et autres, bénévoles et non commerciaux. Dans la mesure du possible, on pourra modifier les systèmes existants selon les changements de circonstances, et utiliser à cette fin ces hôpitaux et leurs personnels, à condition qu'ils se conforment à certaines exigences-standards.

19. *Prestations en espèces*

Nous savons qu'en cas de maladie il serait très heureux qu'un système d'assurance-maladie ou de sécurité sociale remît à la famille éprouvée une prestation sous forme d'argent. Les prestations de l'assurance-chômage, actuellement, ne sont données que du jour où l'ouvrier est de nouveau apte à travailler. Mais les prestations en espèces compliqueront beaucoup le système du point de vue des médecins et des hôpitaux; il y a déjà une tendance, sous le plan de compensations aux ouvriers et d'autres plans, à allonger plus que de raison les périodes de convalescence. C'est là une source de difficultés pour le médecin consciencieux et pour l'hôpital.

Si l'on admet la nécessité des prestations en argent, et on le fera peut-être, nous recommandons de les payer à même une caisse distincte de la caisse d'assurance-maladie.

20. *Divulgations des secrets de cliniques*

Il est évident que l'adoption d'une assurance-maladie générale rendra nécessaires des rapports assez détaillés sur les malades. Cela pose la question du droit qu'ont les hôpitaux, les médecins, les infirmières, de révéler des détails que l'on considère généralement comme d'une nature confidentielle. C'est une question à la fois médicale et légale. Il faut, avant l'adoption d'aucune mesure, élucider la position des hôpitaux et de leurs personnels à l'égard de la divulgation des secrets de cliniques.

Recommandations ultérieures

Il est très possible, au fur et à mesure que l'on étudiera davantage la mesure proposée, en collaboration avec le Comité spécial, que les représentants des hôpitaux demandent à revenir sur l'étude de certains détails se rapportant à l'hospitalisation.

CONCLUSION

Pour conclure, le Conseil des hôpitaux canadiens, au nom des hôpitaux du pays, désire exprimer sa volonté d'aider de toutes les manières possibles à la préparation de n'importe quel plan d'entretien de la santé qui puisse être d'un profit durable pour les malades et qui puisse améliorer la santé publique.

Le PRÉSIDENT: A-t-on des questions à poser?

M. HOWDEN: J'aimerais féliciter le docteur Agnew du très beau travail qu'il nous a présenté. Nous y avons trouvé une aide précieuse, et des recommandations très constructives; mais il y a certains points qui demandent explication. Par exemple, celui qu'il vient de nous donner, la recommandation n° 20 sur la divulgation des secrets de clinique. Je sais qu'il y a là une question très profonde; je me demande si cela, tout d'abord, s'applique aux hôpitaux. Nous savons tous qu'un médecin qui reçoit un malade commence par étudier l'histoire de son cas. Il a, aujourd'hui, le droit d'étudier l'histoire de ses malades, de se faire donner tous les renseignements nécessaires sur leur état antérieur.

Le PRÉSIDENT: Je demanderais au docteur Stephens de répondre à cela.

Le Dr STEPHENS: Je crois qu'il s'agit surtout des renseignements qui seraient exigés par les dirigeants de l'assurance-maladie nationale, ceux-là étant les seuls à les obtenir. Certaines formules seront probablement nécessaires, et des rapports médicaux devront être soumis; il faudrait éclaircir cela. Quant aux renseignements donnés par les hôpitaux, je ne crois pas qu'il soit question des rapports ordinaires entre médecin et malade.

M. FULFORD: Le docteur Agnew a dit que là où un plan d'hospitalisation a été adopté, les résultats obtenus ont dépassé toutes les espérances. Je m'y arrête parce que le plan d'hospitalisation est en fait un avant-coureur modifié de l'assurance-maladie; c'est une entreprise collective. Je pense à la ville de Brockville que je connais très bien; là, nos hôpitaux protestants et catholiques ont obtenu des résultats extraordinaires.

Le Dr AGNEW: Le docteur Stephens et moi-même nous intéressons vivement à ces plans volontaires. Le docteur Stephens s'est occupé très effectivement de lancer le plan du Manitoba, tandis que je suis le directeur du plan de l'Ontario dont vous avez parlé. Ces plans ont rendu d'excellents services au public de ce continent—c'est-à-dire, les divers plans qui se sont montrés à la hauteur des besoins—ils sont connus sous le nom de plans Blue Cross et il y en a environ soixante-quinze aux Etats-Unis et au Canada. Ils sont répartis sur à peu près 11,000,000 de personnes, et ils ont beaucoup atténué les causes de maladie chez leurs membres. Il est difficile, cependant d'atteindre toute la population. Ces plans sont volontaires, et pour cette raison, ceux d'entre nous qui s'intéressent à l'unification possible de ces plans sous un régime plus vaste sont d'avis que cette solution est inévitable si nos législateurs décrètent un plan applicable à tout le monde.

L'hon. M. MACKENZIE: Les Indiens sont-ils compris dans ces plans?

Le Dr AGNEW: Non, ils ne le sont pas.

M. MCCANN: N'est-il pas vrai que ces plans négligent les soins préventifs que les groupes qui reçoivent un revenu élevé en abusent? En même temps, je vais vous poser une autre question au sujet de la disponibilité de lits d'hôpital au cas où l'assurance-maladie serait adoptée. Y aura-t-il assez de lits au pays pour tous les besoins? Sinon, dans quelle proportion faudra-t-il en augmenter le nombre?

Le Dr STEPHENS: Traitons d'abord la question au sujet des plans d'hospitalisation: quel que soit votre revenu, il n'y a pas de prestations médicales; le malade, s'il le désire, peut obtenir une chambre privée en payant plus.

M. MCCANN: Ce n'est pas ce que je veux dire. Il est admis, en général, que les plans d'hospitalisation ont été adoptés pour parer aux besoins des gens de certaines catégories de revenu.

Le Dr STEPHENS: Oui.

M. MCCANN: Et ceux qui ont un revenu de $10,000 par année participent en général à un plan d'hospitalisation afin d'obtenir des soins médicaux à bon marché. C'est là une des objections du corps médical au plan d'hospitalisation: ceux qui ont les moyens de payer des honoraires raisonnables pour les soins qu'ils obtiennent participent à un plan qui demande une cotisation de $2 par mois, plusieurs d'entre eux ayant les moyens de payer raisonnablement pour les soins qu'ils reçoivent; ainsi, ils privent de cet avantage ceux qui n'ont pas autant les moyens de payer.

Le Dr STEPHENS: Cela s'appliquerait aux nouveaux plans de soins médicaux, je suppose.

M. MCCANN: Oui.

Le Dr STEHENS: Le service d'hospitalisation ne comprend que l'hospitalisation, et les hôpitaux sont payés. La note de soins médicaux est cependant celle des malades étrangers au plan. C'est un bon arrangement. Quant aux plans de soins médicaux, je ne puis vous renseigner. Plusieurs de ces plans de soins médicaux comprennent un plan d'hospitalisation. Parmi les soixante-dix plans dont parlait le Dr Agnew, à peu près dix fourniraient également des soins médicaux.

Pour répondre à l'autre question que vous avez posée, je crois qu'il y aura une augmentation considérable. Si vous comparez la situation actuelle avec celle de l'après-guerre, le nombre des lits d'hôpitaux augmentera considérablement pour satisfaire aux besoins d'après-guerre, ce qui se comprend très bien.

M. MCCANN: Où trouverez-vous tous les fonds qu'il vous faudra?

Le Dr STEPHENS: S'il faut des hôpitaux, ils seront construits.

M. MCCANN: Par qui?

Le Dr STEPHENS: Par des organismes volontaires, si les municipalités ne s'en occupent pas. Avec des malades qui paient, il y a toujours moyen d'avoir un hôpital.

M. MCCANN: Vous ne répondez pas à ma question. Je prévois, au cas où ce projet entrerait en vigueur au pays, que les moyens d'hospitalisation augmenteront énormément, ce qui accroîtra aussi les dépenses d'immobilisation. A qui les autorités des hôpitaux s'adresseront-elles pour obtenir les fonds nécessaires? Si elles s'attendent à les recevoir du gouvernement fédéral, il faudra que la dépense qui résultera de ce projet soit étudiée très attentivement. Si les provinces les fournissent, la question change d'aspect. Je suis d'avis qu'il y aura moins de philanthropie que jusqu'à présent—et il n'y en a pas eu beaucoup—dans un pays comme le Canada. A l'avenir, me semble-t-il, les gens à l'aise seront de moins en moins philanthropes à cause des impôts croissants qu'il faut payer en ce pays. Quand la province d'Ontario a commencé à percevoir les droits de succession, ces fonds devaient être affectés à la construction d'hôpitaux et aux soins médicaux pour le public. Vous voyez comme elle s'est éloignée de ces projets. Le gouvernement fédéral et les autres provinces feront de même, et aucun de ces fonds ne sera affecté à l'exécution d'un projet spécial. Donc, je prévois d'énormes dépenses d'hospitalisation, pour ceux qui s'intéressent à l'hospitalisation, et s'ils s'attendent à recevoir cette contribution du gouvernement fédéral, ils devraient nous exposer leurs vues à ce sujet. Si, d'autre part, les organismes provinciaux s'en occupent nous pourrons calculer avec une plus grande exactitude le coût de ce projet au Trésor fédéral.

Le PRÉSIDENT: Docteur Agnew, voulez-vous nous exposer vos vues à ce sujet?

Le Dr AGNEW: La question soulevée par le docteur McCann a été discutée par toutes les autorités d'hôpitaux puisqu'elles appuient tous les programmes de construction; mais étant donné que les matériaux sont rares et que le personnel de nos hôpitaux est préoccupé par ses devoirs de guerre, nous ne pouvons suivre le mouvement. Il faudra certainement qu'il y ait une augmentation considérable après la guerre; non seulement l'augmentation normale due à l'accroissement de la population et au fait que le public s'intéresse de plus en plus aux hôpitaux, mais une augmentation due aussi à l'assurance-maladie qui rendra nécessaire un plus grand nombre de lits. En général les autorités de nos hôpitaux, sont d'avis que l'initiative bénévole fera tout son possible pour parer au besoin; et elle accomplira beaucoup si elle est encouragée. Mais il est peu probable que l'initiative bénévole puisse suffire aux besoins croissants; donc il semble évident qu'il faudra, en plusieurs endroits, obtenir une assistance considérable de l'Etat sous forme d'un programme de l'Etat, et l'expression assistance

de l'Etat est employée ici au sens large; il ne nous appartient pas de dire si cette assistance sera municipale, provinciale ou fédérale. Nous n'avons qu'à vous signaler le fait que ce besoin se fera probablement sentir.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Agnew.

M. VENIOT: Monsieur le président, au haut de la page 21 du rapport, le paragraphe 18 se lit comme suit:

Il faudrait encourager les plans volontaires d'hospitalisation et de soins médicaux pour les personnes gagnant plus que le revenu-limite, s'il en est fixé.

Je voudrais demander ceci au docteur Agnew. Il a été proposé que l'Etat prenne possession des hôpitaux bénévoles, tels qu'ils existent aujourd'hui, pour recevoir les malades qui ont droit à l'assurance-maladie. Le docteur Agnew nous exposerait-il l'opinion de l'association des hôpitaux à ce sujet? Je dis qu'il a été proposé que les provinces prennent possession des hôpitaux bénévoles qui seront à la disposition des malades ayant droit à l'assurance-maladie.

Le Dr AGNEW: Dans plusieurs pays d'Europe, l'Etat a peu à peu pris possession des hôpitaux bénévoles. C'est ce qui est arrivé en Allemagne, au Danemark et dans les autres pays scandinaves, de sorte qu'il ne reste pas beaucoup d'hôpitaux volontaires en Europe, ailleurs qu'en Hollande et en Grande-Bretagne. La même chose se produira peut-être au pays, mais le Conseil des hôpitaux canadiens est d'avis que ce serait regrettable. Nous croyons que l'hôpital bénévole apporte à notre vie un appoint qu'il faut conserver. Le mouvement volontaire doit être maintenu. Il ne faut jamais que la charité disparaisse tout à fait. Il se peut que le coût total des soins au malade, qu'il soit en mesure de payer ses primes ou non, égale les frais réels d'exploitation, mais les hôpitaux bénévoles pourront tout de même aider à améliorer les soins aux malades de plusieurs autres manières. Il nous semble, monsieur le président, que si les hôpitaux volontaires disparaissent petit à petit, le pays éprouvera une perte énorme.

M. MCGREGOR: Monsieur le président, les malades indigents ne paient pas actuellement le plein montant de l'hospitalisation. Je suppose qu'avec ce nouveau projet le nombre de malades augmentera, qu'ils soient appelés malades indigents ou autrement. Que feriez-vous dans ce cas?

Le Dr AGNEW: Monsieur le président, d'après le rapport, nous comprenons que le plan s'appliquera à tout ceux qui gagnent moins qu'un certain revenu, si le niveau est fixé, et que, du point de vue de ceux qui administrent les soins, il n'y a aucune différence entre le malade qui paie sa prime et celui qui ne la paie pas. C'est-à-dire, si une personne est incapable de payer ses primes, l'Etat les paiera. Dans ce cas, le fonds paiera le même montant pour tous les malades qui entrent à l'hôpital pour recevoir les soins reconnus comme réguliers. Que le montant ait été versé au fonds par eux ou par d'autres, cela n'intéresse pas l'hôpital.

Le Dr AGNEW: Monsieur le président, d'après le rapport, nous compre-

à payer le coût des soins au malade?

Le Dr AGNEW: Monsieur le président, un des articles de notre rapport énonce que l'hôpital sera payé suffisamment pour couvrir tous les frais entraînés par les soins aux malades. Vous verrez cela à la page 15.

M. DONNELLY: Quel sera le coût par jour de l'hospitalisation?

Le Dr STEPHENS: Il varie beaucoup. Je crois que le dernier chiffre pour le Canada est de $3.45.

M. DONNELLY: Je vous demande pardon?

Le Dr STEPHENS: Le dernier chiffre pour le Canada est de $3.45.

M. DONNELLY: Pour tout le Canada?

Le Dr STEPHENS: C'est en moyenne. Quand la province de Québec a opéré des ratifications pour les malades indigents, elle a fixé ce coût à $4.50 par jour. Dans les provinces des Prairies, il est quelquefois aussi bas que $2.00.

Mme CASSELMAN: Les honoraires médicaux ne sont pas compris?

Le Dr STEPHENS: Cela comprend l'hospitalisation seulement.

M. WRIGHT: L'amortissement des dépenses d'immobilisation est-il compris?

Le Dr STEPHENS: Non, ces montants sont tous inférieurs au coût réel.

M. MCGREGOR: Quel est le coût dans l'Ontario?

Le Dr AGNEW: Je l'obtiendrai.

M. MCCANN: Le docteur Agnew nous a parlé de ce qui est contenu dans l'avant-projet de loi au sujet de ceux à qui s'applique le plan, de ceux qui entrent dans une certaine catégorie de revenu. Il faut bien se rendre compte que l'avant-projet de loi ne fait pas cette recommandation. Au contraire, il s'applique à tout le monde, du berceau à la tombe, tandis que la *Canadian Medical Association* et le Conseil des hôpitaux canadiens soumettent une recommandation différente. Pourquoi votre association veut-elle imposer un revenu-limite au delà duquel le projet ne s'appliquera pas?

Le Dr AGNEW: Monsieur le président, en premier lieu nous ne proposons rien en faveur ou à l'encontre d'un revenu-limite. Nous avons simplement exposé dans un rapport qu'il pourrait y avoir un revenu-limite, et au titre d'un paragraphe, vous remarquerez que nous avons ajouté "s'il en est fixé", de sorte que nous restons sans parti pris à ce sujet. D'après l'avant-projet de loi, nous avons cru comprendre que les provinces décideraient s'il y aurait ou non un revenu-limite. Je crois que M. Mackenzie a proposé de ne pas établir de revenu-limite, mais il me semble que l'article réserve la question.

M. SHAW: Monsieur le président, à l'article 4 de la page 11, vous parlez d'une vive controverse qui a eu lieu dans le passé au sujet des malades payants et des malades indigents. En effet, je crois que c'était là une de nos pires malédictions. Sans vouloir critiquer aucun hôpital ni aucun médecin, nous avons eu connaissance dans le cas de plusieurs hôpitaux municipaux de situations regrettables où des malades ont été refusés même quand le médecin recommandait de les admettre. Nous pensons à certains cas précis. J'insiste particulièrement sur la nécessité d'éclaircir au degré maximum notre définition d'indigent dans le projet d'assurance-maladie afin que cette controverse ne se continue pas dans le nouveau système proposé. Je crains cependant qu'elle ne soit pas terminée, d'après ce que j'ai entendu aux séances de ce Comité.

Mme CASSELMAN: Monsieur le président, les infirmières spéciales sont-elles comprises dans le coût moyen de l'hospitalisation dont vient de parler le Dr Stephens? Il ne s'agit que du service de l'hospitalisation sans les honoraires d'infirmières spéciales?

Le Dr STEPHENS: Il s'agit de services de la salle publique.

M. MCGREGOR: Le docteur voudrait-il consigner au compte-rendu le coût de l'hospitalisation dans les différentes provinces? Je crois qu'il a parlé de la province de Québec il y a quelques instants.

Le Dr STEPHENS: Nous pouvons facilement obtenir ces chiffres, mais je ne les ai pas ici.

Le Dr AGNEW: M. Brady les a peut-être.

M. BRADY: Dans quelques jours, monsieur, un rapport volumineux sera mis à la disposition du Comité, et ne fera que répéter ce que je vous soumettrais maintenant. Nous avons quelques exemplaires ici, mais les renseignements complets sur toutes les questions soulevées aujourd'hui vous seront donnés quand le rapport sera présenté au Comité.

M. McGREGOR: Avez-vous les chiffres du coût?

M. BRADY: Je vous donnerai brièvement le coût de l'hospitalisation dans les provinces pour 1941. Dans l'Ile du Prince-Edouard, les dépenses totales d'hospitalisation se chiffrent à $155,602, et le coût moyen par jour, à $2.35 par malade En Nouvelle-Ecosse, $1,760,723; coût moyen par jour, $3.28. Au Nouveau-Brunswick, $1,135,432; coût moyen par jour, $3.34 par malade. Dans la province de Québec, $13,414,168; coût moyen par jour, $3.75 par malade. En Ontario, $12,883,990; coût moyen par jour, $3.25 par malade. Au Manitoba, $3,048,964; coût moyen par jour, $3.37 par malade. En Saskatchewan, $1,853,535; coût moyen par jour, $3.29 par malade. En Alberta, $3,566,510; coût moyen par jour, $3.39 par malade. En Colombie-Britannique, $5,345,999; coût moyen par jour, $4 par malade. Il faut ajouter quelques montants. Cela s'applique aux hôpitaux publics.

M. McCANN: Les montants sont-ils tous calculés d'après la même base?

M. BRADY: Oui.

M. McCANN: Est-ce qu'ils comprennent la dépréciation?

M. BRADY: Je puis vous dire que le Comité recevra des renseignements aussi complets que possible sur les méthodes employées par la Canadian Hospital Association et le Bureau fédéral de la statistique pour établir un système de renseignements juste et uniforme dans les neuf provinces du Canada. Nous avons inauguré cela il y a quelques années, et chaque province du Canada à part l'Alberta nous fournit des renseignements complets d'après un système uniforme où chaque chef de recettes et dépenses est identique, d'une province à l'autre. L'Alberta achève d'établir son système et nous soumettra un rapport pour 1941 sous peu. Quand les membres du Comité auront reçu ce volume nous leur soumettrons des rapports supplémentaires sur tout ce qui concerne les hôpitaux canadiens. Je puis dire au Comité qu'il n'y a pas un hôpital public au Canada, même dans les régions les plus éloignées, sur lequel nous n'avons pas les détails complets; vous verrez que nous avons établi chaque hôpital dans la division de recensement la plus appropriée, et en proportion directe avec la population du Canada. Donc, si vous cherchez des renseignements sur un hôpital, vous en trouverez tout d'abord le nom, le genre, puis le nombre de personnes qu'il dessert, l'endroit où il est situé ainsi que la division de recensement et le comté, le nombre de personnes au mille carré dans une région déterminée, le pourcentage de personnes hospitalisées, le coût par tête et par jour, les recettes, les dépenses, le pourcentage de lits occupés dans cet hôpital, les soins que donne l'hôpital, qu'ils soient organisés ou non. Par conséquent, ce Comité, ou un comité d'hygiène nationale, qui choisirait une région quelconque dans l'une des neuf provinces pour y établir une unité sanitaire aurait à sa disposition l'hôpital et les détails complets sur les soins qui se donnent dans les diverses sections. Ce rapport sera remis au Comité dans quelques jours. Mais si vous désirez poser des questoins qui se rapportent à la discussion, et si j'ai les renseignements voulus, je me ferai un plaisir d'appuyer la déclaration du docteur Agnew.

Le PRÉSIDENT: Tout cela sera discuté plus tard quand les renseignements seront disponibles. Avez-vous d'autres commentaires, docteur Heagerty?

Le Dr HEAGERTY: Non.

M. MacINNIS: Permettez-moi de poser une question sur l'un des points mentionnés par M. Shaw au sujet des malades indigents; je crois que c'est important. J'ai cru comprendre que la loi avait pour but de faire disparaître l'indigence; que si une base de contribution est établie, ceux qui ne peuvent payer recevront tout de même les soins médicaux et l'hospitalisation, ou les soins médicaux seulement, sans qu'il soit aucunement question d'indigence, et il est probable que ceux qui sont classés dans les catégories inférieures de revenu paieront plus

en vertu de ce plan d'assurance-maladie qu'ils ne paient maintenant, puisque les versements périodiques remplaceront la somme globale exigée au moment où ils seraient le moins en état de payer. C'est ainsi que je comprends la loi.

Le PRÉSIDENT: Docteur Stephens, auriez-vous la bonté de présenter les autres délégués du Conseil des hôpitaux?

Le Dr STEPHENS: Monsieur le président, je crois que le Comité aimerait entendre M. l'abbé Brennan, de London, qui représente au Comité le groupe catholique de langue anglaise, et ensuite Mère Allaire, qui est membre du Conseil mais non du Comité, et qui représente le Conseil canadien des hôpitaux catholiques.

Le PRÉSIDENT: Monsieur l'abbé, voulez-vous venir ici?

M. l'abbé BRENNAN: Je désire féliciter les membres du Conseil qui ont préparé ce rapport et le docteur Agnew qui l'a si bien présenté. Un ou deux points me viennent à l'esprit, entre autres, celui qui propose de retenir les services des hôpitaux bénévoles, dont le but n'est pas lucratif, dans un plan d'assurance-maladie. Le maintien d'un système d'hôpitaux bénévoles, exploité sans but lucratif, par opposition à leur incorporation dans un système d'hôpitaux d'Etat, pose une question très vaste. Dans cette discussion, quelques-uns opinent pour que le gouvernement et l'Etat régimentent toute notre vie, tandis que d'autres veulent conserver cette mesure de liberté illustrée dans la pratique de la charité particulière. Je crois favoriser le pays où l'initiative et l'effort individuels en matière de charité bénéficient de la coopération et de l'aide d'un organisme constitué et administré par l'Etat.

Quant à la question des indigents, je crois que le problème exposé par un ou deux orateurs est en grande partie résolu par l'explication d'un troisième orateur. S'il s'agit de l'hospitalisation d'une personne qui a droit aux avantages du plan, la plupart de ces problèmes disparaissent puisque tous sont indigents, ou personne ne l'est. Si l'application du plan est confiée aux provinces, il reste peut-être une fraction du problème; c'est le cas d'une personne enregistrée dans une province qui demande l'hospitalisation dans une autre province. Il nous faut résoudre ce problème. Mais, ce n'est qu'une fraction de celui qui a été appelé l'un des aspects les plus désagréables et les plus regrettables des soins aux indigents. Je vous remercie, monsieur le président, de m'avoir donné cette occasion de prendre la parole.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur l'abbé Brennan. J'appelle maintenant la rév. Mère Allaire.

La rév. Mère ALLAIRE: Je n'ai rien préparé pour ce Comité. Nous avons reçu le rapport il y a si peu de temps que nous n'avons pu convoquer notre comité national pour étudier l'assurance-maladie. Cependant, nous avons réussi à réunir quelques membres et nous avons discuté ce rapport qui nous paraît excellent. En effet, je ne vois aucune question que je pourrais discuter ici aujourd'hui. Je crois que le docteur Agnew et son comité ont préparé un très bon rapport.

Si vous me le permettez, j'insisterai sur un point qui a déjà été signalé, c'est-à-dire sur la nécessité de maintenir les services de nos hôpitaux bénévoles. Nous nous occupons d'hôpitaux depuis longtemps—depuis la fondation de ce pays—et nous avons toujours fait ce travail sans profit. Nous désirons beaucoup continuer ce travail autant que possible de la même façon que nous l'avons accompli dans le passé.

Le PRÉSIDENT: Merci beaucoup, Mère Allaire. Y a-t-il d'autres questions?

M. SHAW: Monsieur le président, je tiens à éclaircir une question afin de dissiper tous les doutes. J'ai parlé de malades payants et de malades indigents. Je supposais, naturellement, le cas où aucune de ces dernières catégories n'existerait. J'ajoute que si cela se produit, je m'opposerai au plan, car s'il ne s'applique pas à tout le monde, il ne vaut pas la peine qu'on s'y arrête.

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

En votre nom, je remercie le représentant de l'Association canadienne anti-tuberculeuse, le docteur Wherret, et aussi les représentants du Conseil des hôpitaux canadiens, de leurs excellents rapports. Ces messieurs seront à votre disposition et assisteront à nos réunions quand nous aurons besoin d'eux pour répondre aux questions qui peuvent surgir. Nous sommes très reconnaissants au Conseil.

Le Comité s'ajourne à une heure et cinq de l'après-midi pour se réunir de nouveau le mardi 13 avril 1943, à 11 heures du matin.

APPENDICE "A"

MÉMOIRE SUR LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU CANADA

PRÉPARÉ PAR

L'ASSOCIATION ANTITUBERCULEUSE CANADIENNE

Avril 1943

Et présenté par le Dr G. J. Wherrett

Ce mémoire a été préparé à l'intention du Comité de l'assurance-maladie, auquel il fournit certaines données principales du problème de la tuberculose au Canada et de ses rapports avec le plan d'assurance-maladie projeté. Le mémoire a pour objet de montrer ce qui s'est fait contre cette maladie et les avantages que présenterait l'adoption, pour tout le pays, d'un plan d'ensemble de prévention et de traitement.

Le problème

Nous n'avons pas de statistiques d'ensemble pour l'année 1900. Plusieurs provinces ou n'en avaient pas ou n'en avaient que d'incomplètes. L'Ontario et le Québec, toutefois, nous fournissent de bonnes statistiques pour cette année-là; comme ces deux provinces contenaient alors la plus grande partie de la population du pays, nous pouvons utiliser leurs chiffres pour estimer avec assez de justesse le taux de mortalité tuberculeuse de cette époque. Il était, dans le Québec, de plus de 200 par 100,000 personnes, et, pour l'Ontario, de moins de 200 par 100,000, ce qui faisait une moyenne d'un peu plus de 200. En 1940, la moyenne était de 50.6 par 100,00, soit une réduction de 75 p. 100. En 1941, elle s'éleva à 53.6. En 1900, la tuberculose était la plus forte cause de mortalité au pays. En 1940 elle était la huitième, mais remontait en 1941 au septième rang. Durant toutes ces années elle garda *le premier rang comme cause de mortalité chez les jeunes adultes de 15 à 45 ans.*

Voici le nombre des décès et les taux de mortalité du Canada et des neuf provinces en 1941:

DÉCÈS ET TAUX DE MORTALITÉ PAR LA TUBERCULOSE AU CANADA ET DANS LES PROVINCES, 1941

	Nombre de morts	Taux par 100,000
CANADA	6,051	53.1
Ile du Prince-Edouard	70	74.5
Nouvelle-Ecosse	423	73.8
Nouveau-Brunswick	314	69.3
Québec	2,681	80.8
Ontario	1,097	29.2
Manitoba	328	45.4
Saskatchewan	286	32.2
Alberta	328	41.6
Colombie-Britannique	524	64.8

Et cela ne dit pas tout. A côté des 6,051 décès, il faut compter 30,000 malades et 30,000 guéris. Le problème consiste à empêcher ces morts et à trouver le moyen de réduire et finalement d'éliminer cette maladie, qui prive tant de nos citoyens de plusieurs de leurs années les plus actives.

Succès obtenus de 1921 à 1941

Les premières statistiques officielles portant sur tout le Canada sont celles du Bureau fédéral de la Statistique, fondé en 1921. Voici les chiffres de 1921 et de 1941:

LA TUBERCULOSE AU CANADA, PAR PROVINCE, 1921 ET 1941

(Par 100,000 âmes)

	1921	1941	Pourcentage de réduction
CANADA	87.6	53.1	39.4
Ile du Prince-Edouard	144.0	74.5	48.3
Nouvelle-Ecosse	134.0	73.8	44.9
Nouveau-Brunswick	106.0	69.3	35.0
Québec	122.0	80.8	33.8
Ontario	71.0	29.2	58.9
Manitoba	69.0	45.4	34.2
Saskatchewan	43.0	32.2	25.1
Alberta	53.0	41.6	21.5
Colombie-Britannique	78.0	64.8	16.9

La réduction, cependant, est plus forte encore que ne l'indiquent ces chiffres, à cause de la manière irrégulière dont furent comptées les morts tuberculeuses chez les Indiens, de 1920 à 1930. En 1921, il n'y en eût presque aucune de comptée. En 1926, la plupart des provinces les ajoutaient à leurs statistiques, mais ne les comptèrent toutes qu'en 1928. Il en résulta une hausse des taux de mortalité, en particulier dans les provinces de l'Ouest, où habite la plus forte partie des Indiens du Canada.

Avant 1930, le Bureau de la statistique ne séparait pas la mortalité des Indiens de celle des autres races; il est donc impossible de connaître exactement le taux de mortalité des blancs durant les années 1920.

Je pense que la meilleure manière de trouver la réduction de la mortalité des blancs dans chaque province est de comparer les taux de 1921, qui ne comptaient presque aucune mortalité d'Indien, à ceux de 1941 moins les chiffres concernant les Indiens. On obtient de la sorte le tableau suivant, et une moyenne de réduction de 46 pour l'ensemble du Canada, de 63 pour cent pour l'Ontario et de 34 pour cent pour le Québec. *On remarquera que les taux de mortalité du Québec et des Provinces Maritimes sont plus élevés, même aujourd'hui, qu'ils ne l'étaient en Ontario et en Saskatchewan il y a vingt ans, ce qui démontre clairement le manque de moyens de prévention et de traitement dans le Québec et les Provinces Maritimes.*

LA TUBERCULOSE AU CANADA, PAR PROVINCE

(Par 100,000 âmes)

	1921	1941*	Pourcentage de réduction
CANADA	87	47	46
Ile du Prince-Edouard	144	74	48
Nouvelle-Ecosse	134	72	46
Nouveau-Brunswick	106	67	37
Québec	122	80	34
Ontario	71	26	63
Manitoba	69	30	58
Saskatchewan	43	21	51
Alberta	53	24	54
Colombie-Britannique	78	46	40

* Les Indiens non compris.

Progrès de la tuberculose en temps de guerre

Nous avons noté ci-dessus un certain progrès de la tuberculose depuis le début de la guerre. Est-ce un progrès sérieux et qui doit s'accentuer? Nous ne pouvons répondre que d'après l'expérience acquise dans d'autres pays au cours

de la dernière guerre, ainsi que d'après les faits déjà constatés au cours de celle-ci.

Durant la première guerre mondiale, la tuberculose fit des progrès dans tous les pays d'Europe et aussi, mais dans une moindre mesure, au Canada et aux Etats-Unis. Les taux s'élevèrent brusquement dans les pays occupés et dans ceux qui participèrent le plus intensément à la guerre. Dans certains pays, comme la Belgique, l'Autriche et l'Italie, ils doublèrent presque. En Allemagne et en France, ils s'augmentèrent très sensiblement. En Grande-Bretagne ils passèrent de 135 en 1914 à 192 en 1918; aux Etats-Unis, de 147 à 150; en Ontario, de 88.5 en 1914 à 93.7 en 1916, mais en 1917 et 1918, les taux de l'Ontario s'abaissèrent un peu, et ils redescendirent dès la fin de la guerre.

Et qu'est-il arrivé durant cette guerre-ci? En Angleterre le chiffre des morts passa de 26,176 en 1938 à 28,144 en 1940 et à 28,669 en 1941. Cette augmentation est plus forte que celle des deux premières années de l'autre guerre, et atteint particulièrement les enfants. Il y a eu une forte augmentation des cas de méningite tuberculeuse. On l'attribue à l'accroissement de la contamination dans les maisons, les abris et les usines. Quand vint la guerre, on s'attendit en Grande-Bretagne à ce que les attaques aériennes blessent des milliers de personnes et l'on réquisitionna en conséquence les lits des hôpitaux. Environ 12,000 tuberculeux quittèrent les sanatoriums pour rentrer chez eux. Un grand nombre de ces malades étaient contagieux; il est donc facile d'expliquer l'augmentation subite des cas de tuberculose chez les enfants de la campagne. Lorsque à cet état de choses vinrent s'ajouter l'évacuation des villes, la vie dans les abris, et le surcroît de fatigue physique et psychologique causé par la guerre, beaucoup de tuberculeux virent leur état s'aggraver rapidement et moururent en 1940 et 1941; en même temps l'accroissement de la contamination commençait à produire ses ravages parmi les jeunes de 5 à 15 ans.

Ici, au Canada, nous n'avons eu ni évacuation des sanatoriums ni bombardements, mais le rythme de notre vie s'est accéléré en tout. Notre taux de mortalité par la tuberculose était de 50 en 1939. Il resta à 50 en 1940, puis s'éleva en 1941 à 53 par 100,000. Nous n'avons pas encore de statistiques complètes pour l'année 1942. Les six premiers mois de cette dernière année accusent une certaine baisse du taux, ce qui nous porte à croire que le maintien des services de prévention pourra tenir la maladie en respect, sans pourtant l'empêcher tout à fait de progresser.

LA TUBERCULOSE DURANT LA PREMIÈRE GUERRE MONDIALE

Pays	1914	1918
Autriche	256	432
Belgique	124	245
Allemagne	143	230
France	228	246
Italie	145	209
Angleterre et Galles	135	192
Etats-Unis	147	150

(Taux par 100,000 âmes. D'après le rapport de la Section de l'Hygiène de la Société des Nations.)

Le diagnostic précoce et le traitement immédiat sont deux facteurs importants de la lutte contre la tuberculose.

Diagnostic précoce

Durant des années les directeurs de sanatoriums se décourageaient à la vue du très grand nombre de cas avancés et du petit nombre de cas récents qui venaient se faire traiter chez eux. Les résultats du traitement de ces deux catégories sont très différents. Près de 80 p. 100 des malades soignés à temps recouvrent la santé, tandis que les cas avancés aboutissent à la mort dans le même pourcentage.

Pourquoi tant de patients ne sont-ils reconnus atteints qu'à une phase avancée de leur maladie? C'est que celle-ci ne présente souvent de symptômes qu'à cette phase, et que les malades ne consultent pas le médecin avant d'avoir remarqué les symptômes. C'est pour obvier à cela que l'on a recours, depuis plus de vingt ans, au système des cliniques antituberculeuses. Elles ont pour objet de mettre à la disposition de tous les médecins, qui y envoient leurs malades au moindre soupçon de tuberculose, des appareils de rayons-X et un personnel expert. Cette institution est devenue l'une des armes les plus importantes de la lutte. Ses fonctions se sont élargies; la clinique sert à *l'examen de tous les cas suspects envoyés par les médecins*, mais aussi, maintenant, il lui revient de *surveiller tous les anciens hospitalisés des sanatoriums*. Elle fait *l'examen de toutes les personnes en contact avec les malades connus* et qui peuvent avoir été contaminées. Enfin, *elle radiographie des groupes de personnes apparemment saines*. De nombreux groupes sont examinés chaque année. Ce sont surtout des écoliers, des normaliens, des étudiants d'université, des instituteurs, des infirmières, des personnels d'usines, des populations entières de municipalités—villes ou villages.

La radiographie des recrues de l'armée est la principale réalisation de ce système. Les résultats l'ont plus que justifiée. Huit mille recrues ont été réformées pour tuberculose, et un tiers environ de celles-ci avaient besoin de traitement. Il n'est sans doute pas exagéré de dire que sans la radiographie un bon nombre de ces malades auraient contaminé d'autres soldats. On a épargné de la sorte des millions de dollars en traitements et en pensions. Il suffit de comparer le grand nombre de soldats traités durant l'autre guerre avec le petit nombre que l'on traite cette fois pour comprendre les avantages du système.

Il reste fort à faire, au Canada, pour les services de cliniques. Ces postes exigent un personnel suffisant de médecins et d'infirmières publiques. Il y faut des appareils de radiographie ainsi que l'outillage nécessaire pour dispenser les traitements modernes, comme la collapsothérapie, aux malades qui n'ont plus besoin d'un stage de sanatorium. Autant que possible, il faut remplacer les cliniques ambulantes ouvertes d'une façon intermittente par des cliniques permanentes ouvertes à intervalles réguliers.

Il faut aller plus loin dans la voie des examens de groupes, en se servant du nouveau genre d'appareils radiographiques miniature. On espère, grâce à cette méthode, diagnostiquer à temps beaucoup plus de cas de tuberculose, ce qui raccourcira les séjours nécessaires au sanatorium, augmentera la proportion des guérisons et décongestionnera les sanatoriums. Un cas découvert à temps peut se guérir en six mois, tandis qu'un cas avancé en prend dix-huit et plus, et aboutit souvent à la mort. On peut donc traiter trois cas découverts à temps durant la période nécessaire au traitement d'un seul cas avancé, tout en ayant plus de chances de sauver les malades.

Traitements

L'autre facteur important est le traitement immédiat de la maladie. Il est soumis à deux conditions: qu'il y ait un lit de libre au sanatorium et que le traitement soit gratuit. Pour chaque malade qui meurt, il y en a deux ou trois à qui il faut un lit au sanatorium. Les provinces qui ont pu se doter de cette proportion de lits sont l'Ontario, le Manitoba et la Saskatchewan. Les autres provinces ont besoin de beaucoup plus de lits pour y arriver.

Il y a de grands avantages à ce que le traitement de la tuberculose soit gratuit pour tous. De toutes façons, plus de 90 p. 100 des cas sont traités gratuitement, et la gratuité enlève un grand obstacle au traitement immédiat de la maladie.

Il a été fait une étude, dans chaque province, du laps de temps moyen qui s'écoule entre la découverte d'un nouveau cas et son admission au sanatorium. Le pourcentage des malades admis moins d'un mois après leur demande nous

fournit un bon indice pour reconnaître les cas de traitement immédiat. Voici les chiffres de l'année 1940:

I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	P.Q.	Ont.	Man.	Sask.	Alta	C.-B.
21.3	25.4	22.8	36.6	60	67	83.2	67	47.5

Dans l'année que représentent ces chiffres, deux des quatre provinces de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan et de l'Alberta accordaient des traitements gratuits à tous les malades, et les deux autres faisaient pratiquement de même. Les frais en étaient répartis également sur l'ensemble de chaque province et ne retombaient pas sur quelques personnes ou quelques municipalités.

Dans le Québec, la Nouvelle-Ecosse et le Nouveau-Brunswick il faut soulager le plus tôt possible les municipalités sur lesquelles retombe le poids des dépenses antituberculeuses et répartir uniformément ces dépenses sur toute la province.

RAPPORT DU CHIFFRE DES MORTS AU NOMBRE DE LITS

	Morts	Lits	Nombre de lits par mort
CANADA	6,051	11,301	1·9
Ile du Prince-Edouard	70	82	1·2
Nouvelle-Ecosse	423	597	1·4
Nouveau-Brunswick	314	540	1·7
Québec	2,681	3,503	1·3
Ontario	1,097	3,638	3·3
Manitoba	328	920	2·8
Saskatchewan	286	762	2·7
Alberta	328	409	1·6
Colombie-Britannique	524	850	1·6

Le nombre de lits dépend plus de la population de chaque province que du nombre de tuberculeux de chacune. Il y a donc environ un lit par millier d'âmes. C'est une proportion suffisante pour celles des provinces où la tuberculose n'est pas très fréquente; mais, dans les provinces où le nombre des malades est trois fois plus élevé, la proportion d'un lit par mille âmes ne représente que le tiers de ce qui est nécessaire.

Nécessité de subventions fédérales

Le projet d'assurance-maladie indique les formes d'aide fédérale nécessaires à l'amélioration des services d'hygiène publique, ainsi que les subventions nécessaires à la lutte contre la tuberculose, contre les maladies mentales et contre les maladies vénériennes. Nous en approuvons sans réserve le principe. Nous croyons que, dans le cas de la tuberculose, aucune difficulté d'administration ne s'oppose particulièrement à la réalisation du projet. Les institutions antituberculeuses des provinces obtiennent de bons succès, mais leurs possibilités sont trop limitées, surtout dans quelques parties du pays. Les subventions fédérales demandées par le projet d'assurance-maladie aideraient les provinces à accroître, à améliorer et à standardiser le travail qui se fait déjà, de façon à pouvoir affronter le mal avec succès dans toutes les parties du Canada, ce qui n'est pas encore possible. Les recommandations du projet sont conformes, en principe, à celles que l'Association canadienne antituberculeuse n'a cessé de faire depuis sa fondation en 1900. Elles sont conformes aux recommandations faites par l'Association à la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces en janvier 1938.

Nous croyons que les subventions aux provinces devront être subordonnées à certaines conditions relatives à l'adoption d'un minimum de standards. Nous avons dressé un mémoire au sujet de ce minimum, après avoir consulté les provinces, et nous l'avons soumis au Comité de l'honorable M. Mackenzie.

Nous attachons évidemment beaucoup d'importance aux chiffres des subventions recommandées. Comme il y aura d'autres subventions pour les maladies

mentales, pour les maladies vénériennes et pour l'administration générale de l'hygiène publique, les provinces recevront au total des sommes considérables pour leurs budgets d'hygiène publique.

Le problème de la tuberculose, dans la province de Québec et dans les provinces maritimes est trois fois aussi grave que dans le reste du pays. On exigera de ces provinces qu'elles dépensent davantage, annuellement, contre la tuberculose, afin d'atteindre les standards minimums. D'après le plan elles ne toucheraient qu'un neuvième. Nous recommandons, pour les provinces où la tuberculose sévit beaucoup plus qu'ailleurs, des subsides spéciaux destinés à la construction de sanatoriums, dont le besoin est pressant.

Nous voudrions insister sur les pertes que nous fait subir la tuberculose. Nous perdons chaque année 6,000 vies humaines, et trente mille autres personnes sont rendues incapables de travailler, la plupart âgées de 15 à 45 ans. Nous perdons aussi des sommes incalculables en secours direct aux veuves, en allocations aux mères, sans compter la perte de pouvoir d'achat qui en résulte.

En vingt années, malgré l'insuffisance des moyens de détection et de traitement, les ravages de la tuberculose ont été diminués de moitié. Encore une génération et la tuberculose ne sera plus qu'une faible cause de mortalité si nous l'attaquons avec des moyens suffisants et en coordonnant le travail de tout le pays. Les avantages financiers de cette lutte seront très grands et se feront sentir en peu d'années; mais, surtout, la santé et le bonheur qui en résulteront pour la population canadienne feront paraître insignifiantes les dépenses encourues pour cette lutte.

PLAN DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Les provinces qui entreprendront une lutte bien organisée contre la tuberculose auront droit aux subventions fédérales en vertu d'une loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Elles auront droit à cette aide moyennant les conditions minimums suivantes, à remplir immédiatement ou du moins dans un délai raisonnable.

Elles organiseront un bureau central d'enregistrement, ou encore des bureaux régionaux d'enregistrement, afin qu'il soit possible de se renseigner sur tous les cas de tuberculose connus, dans les limites de la province, et sur ce qui a été fait pour la surveillance de ces cas jusqu'au jour où elle est devenue inutile. Ces provinces dispenseront les services suivants:

(1) *Détection des cas*

Elles ouvriront des cliniques où les malades pourront être envoyés par tous les médecins reconnus. Ces cliniques seront ouvertes à intervalles réguliers dans les agglomérations; pour les endroits éloignés des centres, il y aura des cliniques mobiles. Chacune sera sous la direction d'un médecin spécialement exercé au diagnostic des maladies de la poitrine, et comprendra une installation complète pour la radiographie, ainsi qu'un laboratoire.

Les cliniques surveilleront toutes les personnes en contact avec des malades connus, et, en collaboration avec le médecin de famille, suivront les malades soignés à domicile ou libérés des sanatoriums.

Les cliniques susciteront et encourageront l'examen de groupes de population, et les examens périodiques avec radiographie, ou à la fois avec radiographie et avec épreuve à la tuberculine. Ces examens se feront surtout chez les travailleurs des industries dangereuses, et dans les groupes de population où la maladie est plus fréquente qu'ailleurs.

(2) *Facilités de traitement*

(*a*) Les sanatoriums doivent être en mesure d'isoler et de traiter tous les cas contagieux. Ils seront dotés de deux, ou mieux, de trois, lits pour chaque mort annuelle, et pourront employer les subventions fédérales à agrandir leurs locaux pour atteindre cette proportion.

(*b*) Il ne faut pas que le coût des traitements oppose d'obstacles à l'entrée immédiate au sanatorium. Nous recommandons le traitement gratuit de tous les habitants de la province.

(*c*) Il faut un personnel suffisant aux sanatoriums. Il leur faut des médecins, des gardes-malades et des diététiciens; il faut aussi que le traitement des malades y soit soumis à la direction d'un médecin versé dans le soin des tuberculeux et n'ayant que cette occupation. Il faut des appareils de collapsothérapie et de chirurgie thoracique dans chaque institution ou, pour celles qui ne peuvent en assumer les frais, dans quelques institutions centrales qui les mettront à leur disposition.

(3) *Surveillance et rétablissement*

Il faut maintenir un service de surveillance et de rétablissement pour les malades libérés des sanatoriums; ce service suivra de près les convalescents et aidera, par l'entremise de comités locaux, à trouver aux anciens tuberculeux du travail de secours ou des emplois convenables.

(4) *Instruction*

Il faudra organiser un système d'instruction antituberculeuse pour médecins et garde-malades.

Il faudra aussi une campagne d'enseignement de l'hygiène au public, s'adressant particulièrement aux groupes de population comme les écoles primaires, secondaires et normales, les universités, les sociétés d'hommes et de dames, les œuvres, en tirant parti de toutes les méthodes possibles: radio, presse, assemblées, cinéma, affiches, tracts. La campagne sera menée soit par des sociétés bénévoles, soit par des agences officielles. On laissera le plus d'initiative possible aux sociétés bénévoles et aux comités de profanes, qui jouent un rôle si important dans notre vie démocratique.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

de la

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 7

SÉANCE DU MARDI 13 AVRIL 1943

TÉMOINS:

Mlle Marion Lindeburgh, présidente de l'Association des gardes-malades canadiennes.
Mlle Baker, représentante des gardes-malades et infirmières privées.
Mlle Ellis, conseillère des services d'urgence de gardes-malades.
Mlle Edna Moore, représentante des gardes-malades des services d'hygiène publique dispensés par des agences officielles.
Mlle Maria Roy, représentante des gardes-malades canadiennes-françaises.
Mlle Alice Ahearn, présidente du sous-comité de l'assurance-maladie.
La rév. sœur Madeleine, représentante des religieuses hospitalières catholiques.
Mlle Maude Hall, services d'hygiène publique dispensés par des sociétés bénévoles.
Mlle Fannie Munroe, représentante des services d'infirmières des hôpitaux.
Le docteur T. C. Routley, secrétaire général du Conseil des médecins du Canada.
La rév. mère Allaire, présidente du Conseil des hôpitaux catholiques, Comité d'assurance-maladie.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 13 avril 1943.

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

Présents: MM. Adamson, Blanchette, Bourget, Breithaupt, Bruce, Mme Casselman, MM. Claxton, Cleaver, Côté, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gregory, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lalonde, Leclerc, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGarry, McIlraith, Picard, Shaw, Veniot, Warren, Wood et Wright—33.

Mlle Marion Lindeburgh, présidente de l'Association des gardes-malades canadiennes, est appelée. Elle présente les déléguées suivantes des gardes-malades canadiennes:

Mlle Baker, représentante des gardes-malades et infirmières privées;

Mlle Ellis, conseillère des services d'urgence de gardes-malades;

Mlle Edna Moore, représentant les gardes-malades des services d'hygiène publique dispensés par des agences officielles;

Mlle Maria Roy, représentante des gardes-malades canadiennes-françaises;

Mlle Alice Ahearn, présidente du sous-comité de l'assurance-maladie et des services d'infirmerie;

La rév. sœur Madeleine, représentante des religieuses catholiques auprès de l'Association des gardes-malades canadiennes;

Mlle Maude Hall, représentant les services d'hygiène publique dispensés par des sociétés bénévoles; et

Mlle Fannie Munroe, représentante des services d'infirmières des hôpitaux et des écoles de gardes-malades.

Mlle Lindeburgh lit ensuite un mémoire au nom de l'Association des gardes-malades canadiennes et le Comité l'interroge.

Les témoins suivants sont aussi interrogés:

Mlle Ellis, Mlle Baker, Mlle Munroe, Mlle Hall et Mlle Moore.

Le docteur T. C. Routley, secrétaire général de la *Canadian Medical Association*, est rappelé et interrogé de nouveau.

Mlle Maria Roy, directrice des infirmières, service municipal de l'hygiène, Montréal, présente un mémoire en langue française.

La rév. mère Allaire, présidente du Conseil des hôpitaux catholiques, Comité de l'assurance-maladie, est appelée et présente un travail au Comité.

La rév. sœur Madeleine est appelée et adresse la parole au Comité.

M. Bruce et M. Picard expriment leur approbation des renseignements fournis par les témoins, et Mlle Lindeburgh, au nom de l'Association des gardes-malades canadiennes, remercie le Comité de sa bienvenue.

Le président remercie les témoins.

Les témoins se retirent.

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 13 avril 1943.

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; nous aurons ce matin le plaisir de recevoir une délégation de l'Association des gardes-malades canadiennes et d'autres organismes analogues. La première représentante est Mlle Marion Lindeburgh, présidente de l'Association des gardes-malades canadiennes. Veuillez vous avancer, mademoiselle Lindeburgh.

Mlle MARION LINDEBURGH est appelée.

Le président:

D. Mademoiselle Lindeburgh, vous êtes aussi directrice de l'Ecole de gardes-malades de l'Université McGill, n'est-ce pas?—R. Oui.

D. Vous pouvez commencer.—R. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame Casselman et messieurs.

J'ai le plaisir de vous remercier, au nom de l'Association des gardes-malades canadiennes, de votre invitation à venir témoigner devant le Comité spécial de la sécurité sociale, afin de vous renseigner sur les services de gardes-malades, qui sont de la plus haute importance pour l'hygiène publique.

Monsieur le président, j'aimerais vous présenter les membres de notre délégation. Je vais les nommer par rangées. Veuillez vous lever quand je vous nomme, s'il vous plaît.

M. BRUCE: Et tournez-vous de notre côté.

Le TÉMOIN: Oui, de cette façon, les questions seront plus directes, il me semble. Voici Mlle Baker, qui représente les intérêts des gardes-malades et infirmières privées; Mlle Ellis, connue à l'Association des gardes-malades canadiennes comme conseillère des services d'urgence de gardes-malades—c'est un titre imposant, mais sa position est très importante; elle connaît à fond les problèmes qui concernent les gardes-malades dans tout le Canada. Mlle Edna Moore, qui représente les gardes-malades des services d'hygiène publique dispensés par des agences officielles; Mlle Roy, qui représente les intérêts des gardes-malades françaises de notre Association des gardes-malades canadiennes; Mlle Alice Ahearn, présidente du sous-comité de l'assurance-maladie et des services d'infirmerie; la révérende sœur Madeleine, qui représente les intérêts des Sœurs catholiques auprès de notre association; Mlle Maude Hall, qui représente les services d'hygiène publique dispensés par des sociétés bénévoles; Mlle Fannie Moore, qui représente les services d'infirmières des hôpitaux et des écoles de gardes-malades.

J'aimerais en appeler à votre indulgence car nous n'avons eu que quelques jours pour nous préparer; à cause de cela, il faudra faire certaines corrections au texte qu'on vous a remis. Certains exemplaires ont été corrigés, mais pas tous. L'impression a été achevée vers huit heures, hier soir; c'est pourquoi il a été impossible de les retoucher. Mais votre copie à vous est corrigée, monsieur le président, ainsi que celle de monsieur le ministre. Puis-je commencer, monsieur le président?

Le PRÉSIDENT: Oui, s'il vous plaît.

Le TÉMOIN:

"ASSOCIATION DES GARDES-MALADES CANADIENNES

1. *Organisation, effectif, buts*

L'Association des gardes-malades canadiennes est la fédération des neuf associations provinciales de gardes-malades. Elle a été organisée en 1908 et s'est développée très rapidement. Elle compte maintenant un effectif total de 19,000 membres, dont 760 religieuses hospitalières de langue anglaise, 440 de langue française et 1,650 infirmières laïques de langue française.

L'Association des gardes-malades canadiennes comprend toutes les infirmières immatriculées qui pratiquent au Canada, à l'exception d'environ 6,900 infirmières de l'Ontario et peut-être quelques-unes de l'Ile du Prince-Edouard. Dans ces deux provinces, la Loi de l'immatriculation des infirmières est distincte de l'enrôlement dans l'Association provinciale d'infirmières immatriculées, bien que les infirmières immatriculées dans ces deux provinces aient le droit de s'enrôler dans les associations provinciales, ce que font plusieurs d'entre elles. Dans les sept autres provinces, l'immatriculation comprend l'enrôlement dans l'Association provinciale des infirmières immatriculées. Dans toutes ces associations, la cotisation des membres est renouvelée annuellement.

Le bureau national de l'Association des gardes-malades canadiennes est situé à Montréal, 1411, rue Crescent. Le périodique intitulé *The Canadian Nurse* est l'organe officiel de l'Association.

Les membres de l'Association des gardes-malades canadiennes sont recrutés dans toutes les branches du service, c'est-à-dire dans les hôpitaux, les services d'hygiène publique, les services de visiteuses, ainsi que chez les gardes-malades à domicile.

Depuis le début, l'Association des gardes-malades canadiennes a poursuivi les objectifs suivants:

Encourager l'unité nationale parmi les infirmières;

Améliorer le niveau de l'éducation et de l'expérience des infirmières, en vue de donner un meilleur service au public;

Stimuler chez ses membres un vif intérêt pour le bien-être de la population;

Encourager la bonne entente vis-à-vis les infirmières des autres pays."

Tels sont les objectifs prévus par notre constitution.

"Dans toute localité moderne, les services d'infirmières sont considérés à bon droit comme des services d'utilité publique indispensables. Ils ont un rôle important à jouer à l'égard de l'assurance-maladie. L'Association des gardes-malades canadiennes aura, en tant qu'organisme représentatif des gardes-malades enregistrées de tout le Canada, la responsabilité de définir en quoi consistent les services d'infirmières et de proposer les modalités à inclure, à cet égard, dans tout plan d'assurance-maladie.

2. *Services d'infirmières représentés par l'Association des gardes-malades canadiennes—*

(*a*) Services dans les hôpitaux.—Les services d'infirmières dans les hôpitaux qui dirigent des écoles de gardes-malades sont assurés par des infirmières diplômées et des élèves. Les travaux qui ne relèvent pas des infirmières sont accomplis par des aides. Jusqu'à ces dernières années, le fardeau des soins à dispenser retombait presque entièrement sur les élèves. Cette pratique est dommageable tant pour les élèves que pour les malades. Le programme des études de clinique devrait être organisé pour donner aux élèves l'instruction dont elles ont besoin et non pour répondre aux exigences des soins à dispenser dans les hôpitaux, les hospitalisés sont souvent trop malades pour être soignés par des élèves. Les autorités des hôpitaux se sont rendu compte de la nécessité de

stabiliser les services d'infirmières et d'en améliorer le niveau par l'emploi de diplômées comme infirmières attachées au personnel général. Aujourd'hui, le personnel général des hôpitaux du Canada compte trois mille infirmières de plus qu'il y a dix ans.

A part les infirmières du personnel général, les hôpitaux emploient aussi des infirmières spécialisées et expérimentées qui s'occupent de l'administration et de la surveillance dans les différents services. Les infirmières qui ont une formation technique spéciale travaillent dans les divisions des rayons X, de la physiothérapie et dans d'autres divisions de l'hôpital.

(*b*) Soins à domicile.—Environ 75 p. 100 des gardes-malades au Canada soignent à domicile. Dans les maladies graves, la valeur des soins d'une bonne infirmière particulière est indiscutable. Un des défauts de ce service, cependant, est qu'il n'est accessible qu'aux malades capables de payer les soins d'une infirmière à domicile, tandis qu'un malade qui en a absolument besoin doit souvent s'en passer parce qu'il n'a pas les moyens nécessaires.

Il y a longtemps qu'on aurait dû instituer la journée de huit heures pour les gardes-malades à domicile. Mais ce règlement ajoute au fardeau financier du malade qui demande des soins sans interruption sans augmenter le revenu des infirmières. En moyenne, le revenu annuel des infirmières leur donne tout juste ce qu'il faut pour vivre. Il faudrait qu'un plan d'assurance-maladie améliore cette situation.

Dans chaque province, il y a des bureaux de placement ou d'inscription qui répondent à ceux qui demandent des infirmières à la journée. Ces bureaux d'inscription éprouvent beaucoup de difficulté à répartir efficacement les gardes-malades et à obtenir celle qui convient le mieux à chaque cas particulier. Le privilège du choix, qui appartient aux médecins et aux malades et qui a été recommandé dans un rapport à ce Comité, devrait s'appliquer également aux rapports entre infirmières et malades. A part quelques exceptions, les infirmières soutiennent elles-mêmes leurs bureaux d'inscription, sans assistance financière de la part de la localité qu'elles desservent. L'importance de ces bureaux de placement augmentera probablement sous le régime d'un plan d'assurance-maladie. Il semble donc qu'il faudrait penser à leur accorder le soutien financier dont ils ont besoin pour se maintenir.

(*c*) Les soins de gardes-malades et l'hygiène publique.—Ce service comprend: visites à domicile, hygiène scolaire, hygiène industrielle, enseignement et prévention concernant l'hygiène de l'enfance, hygiène maternelle, tuberculose, maladies vénériennes et toute autre spécialité dans laquelle les soins de gardes-malades en matière d'hygiène sont devenus partie essentielle de tout programme d'hygiène publique, rurale ou urbaine. L'enseignement de la santé est à la base de tout programme d'infirmières visiteuses. Le service des infirmières en hygiène publique est administré par des organismes officiels et bénévoles. Les services administrés par les divisions d'hygiène provinciales et municipales sont d'une grande valeur. Dans tout le pays, les départements d'hygiène publique ont besoin d'un nombre toujours croissant d'infirmières possédant une préparation spéciale et pouvant remplir des postes de surveillance ou autres.

Plusieurs services volontaires d'infirmières sont reconnus et organisés pour répondre aux besoins collectifs de soins de gardes-malades dans toutes les parties du Canada. Le niveau de compétence du personnel et la surveillance systématique qui est exercée reflètent le calibre de ces organismes.

Il est très important que, sous le régime d'un plan d'assurance-maladie qui fournira les services médicaux et les soins d'infirmières nécessaires en cas de maladie, les services d'infirmières susmentionnés soient reconnus par les médecins, les autorités des hôpitaux et d'hygiène publique, ainsi que par le public en général, afin que les services disponibles soient pleinement utilisés.

(*d*) Ecoles de gardes-malades—source de tous les services.—Les soins d'infirmières seront beaucoup recherchés à la suite de l'établissement d'un plan d'assurance-maladie. Il est donc de toute première importance de maintenir les

écoles sous un régime d'assurance-maladie. Il faut assurer une réserve d'infirmières bien préparées. Il est essentiel qu'elles puissent s'instruire et se loger convenablement.

Au Canada, 166 écoles agréées de gardes-malades sont dirigées par des hôpitaux et comptent un total d'environ 11,000 élèves, dont à peu près 3,000 par année sont diplômées. Neuf universités dirigent des écoles ou facultés de gardes-malades. Le niveau qu'une école doit atteindre pour être agréée et les conditions qu'une infirmière doit remplir pour être acceptée sont déterminés par des lois qui régissent l'immatriculation des infirmières dans chaque province, mais il y a entre les neuf provinces des privilèges d'immatriculation réciproques.

Afin d'assurer une bonne réserve de diplômées compétentes qui aideront au fonctionnement d'un plan d'assurance-maladie, il importe de maintenir en nombre suffisant les élèves acceptables inscrites dans les écoles de gardes-malades. Pour maintenir l'inscription au niveau voulu, il faut, naturellement, que les élèves gardes-malades reçoivent des avantages semblables à ceux qui sont reconnus comme essentiels dans d'autres domaines de l'éducation et ces avantages doivent être accordés dans des circonstances qui concordent avec de solides principes d'enseignement.

Il est essentiel que des professeurs et des surveillants compétents s'occupent du travail que font les élèves-infirmières en classe et à la clinique. Cela est très important au point de vue des soins d'infirmières dans les hôpitaux, puisque les soins que donnent les élèves aux malades reflètent l'enseignement et la surveillance qu'elles reçoivent.

Il faut se rendre compte que les études de clinique sont aussi nécessaires à la formation des infirmières qu'à celle des médecins. Ce n'est qu'en soignant les malades sous une surveillance compétente que l'élève se perfectionne dans son art. Une bonne école de gardes-malades doit avoir une proportion déterminée d'infirmières diplômées par rapport au nombre de ses élèves.

Naturellement, tout programme d'éducation doit se diviser équitablement en heures de service et en loisirs pour l'étude et le délassement. Cela s'applique aux élèves aussi bien qu'au personnel des infirmières.

Tous ces facteurs démontrent la nécessité d'une aide financière accordée par l'Etat pour maintenir le niveau de la profession de garde-malade et le nombre voulu d'infirmières, éléments indispensables à tout plan d'assurance-maladie. L'aide généreusement accordée aux écoles de gardes-malades par le ministère des Pensions et de la Santé nationale, en 1942, afin de leur assurer un plus grand nombre d'élèves, a vite démontré la valeur d'un appui financier.

3. *Services auxiliaires de gardes-malades*

Dans toute localité, le soin des convalescents et des autres malades qui n'ont pas besoin d'infirmière spécialisée est reconnu comme service très important. Afin de protéger le public, il est essentiel que les soins de gardes-malades et les services auxiliaires soient fournis par l'entremise d'organismes qui représentent les infirmières immatriculées. Dans plusieurs provinces, les services auxiliaires s'obtiennent déjà par l'entremise de bureaux de placement qui sont dirigés par l'association des infirmières immatriculées."

Nous abordons maintenant un examen plus détaillé des services de gardes-malades au point de vue de l'assurance-maladie.

ASSURANCE-MALADIE

1. *L'Association des gardes-malades canadiennes approuve les principes de l'assurance-maladie*

L'Association des gardes-malades canadiennes s'intéresse depuis quelque temps à la question de l'assurance-maladie et à l'inauguration d'un plan qui utilisera de la façon la plus efficace les soins de gardes-malades pour répondre aux besoins du public canadien.

Depuis 1934, un comité spécial de l'Association des gardes-malades canadiennes étudie les projets d'assurance-maladie au cas où un de ces projets serait adopté par une administration fédérale ou provinciale.

En 1935, l'Association des gardes-malades canadiennes a soumis un plan de services d'infirmières à une conférence sur la question de l'assurance-maladie, conférence à laquelle assistaient les ministres de la Santé du Dominion et des provinces. De nouveau, en 1938, le comité de l'assurance-maladie et des services d'infirmerie de l'Association des gardes-malades canadiennes présenta à la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces un mémoire dans lequel était soulignée l'importance de services suffisants d'infirmerie pour tout système d'assurance-maladie.

L'Association des gardes-malades canadiennes s'intéresse et veut participer à tout plan qui respectera et utilisera le mieux possible ce que les gardes-malades organisées peuvent offrir de meilleur.

Les six principes de l'assurance-maladie, que contient le rapport de l'honorable ministre des Pensions et de la Santé nationale et que reproduit le compte rendu du 16 mars, ont beaucoup de valeur; le premier, en particulier, constitue le fondement de tout service de gardes-malades: "Aucun plan d'assurance-maladie ne peut obtenir de succès sans un vaste plan d'hygiène publique d'un caractère prophylactique". Cela implique la nécessité d'une bonne éducation publique sur l'hygiène et d'une surveillance générale de la santé.

A cause du manque de personnel dans les hôpitaux depuis un certain nombre d'années, l'enseignement a été la partie la plus négligée des services d'infirmerie, bien qu'il en soit une partie indispensable. Il faut disposer d'un temps suffisant et d'un personnel compétent pour enseigner convenablement l'hygiène et la surveillance de la santé.

Les prestations de services de gardes-malades indiquées dans l'avant-projet de loi comprennent des facteurs essentiels se rapportant à l'organisation, à l'administration et à la surveillance des gardes-malades et de leur travail; on trouve la même chose avec plus de détails dans un mémoire déjà présenté par l'Association des gardes-malades canadiennes. Il semble que l'on puisse y trouver les méthodes de base à observer par les associations provinciales de gardes-malades pour faire des recommandations au sujet des services de gardes-malades lorsque les provinces voudront établir un plan d'assurance-maladie.

La recommandation faite par le Conseil des hôpitaux canadiens (article 12, sous le titre: "Principes de base") est d'importance vitale. Elle se lit comme ceci, en partie: "A cause de l'importance vitale de la santé de notre population pour le bien-être du pays, il faut à tout prix éviter l'ingérence politique dans la direction de l'assurance-maladie."

2. *Les services de gardes-malades sont essentiels à tout plan d'assurance-maladie*

L'assurance-maladie signifie d'abord, pour la population du Canada, une meilleure reconnaissance des bienfaits des mesures de thérapeutique, de prophylaxie et d'hygiène. L'expansion des services médicaux va de pair avec l'établissement du plan. Cela comportera l'application des services de gardes-malades à tous les domaines où la coordination des soins médicaux et des services de gardes-malades est nécessaire au bien-être de l'individu, que ce soit à la maison ou à l'hôpital. Ces services se complètent l'un l'autre.

3. *Les services de gardes-malades dans l'assurance-maladie*

(*a*) Représentation auprès de la commission et des conseils consultatifs:

Les normes et les problèmes des services de gardes-malades sont connus aux gardes-malades avant tout; c'est pourquoi nous recommandons, dans l'intérêt de la population à soigner:

De nommer, lorsque sera établie l'assurance-maladie soit au fédéral soit dans les provinces, des gardes-malades enregistrées, responsables à tous les conseils et comités dont les fonctions comprennent la direction et la surveil-

lance des services de gardes-malades, et de faire approuver ces nominations par les sociétés qui représentent les gardes-malades enregistrées.

(*b*) *Contrôle des normes de compétence et de services.*

L'avancement de la science médicale et la tendance à la spécialisation chez les médecins ont affecté aussi les gardes-malades. Elles doivent pouvoir travailler dans des domaines spécialisés et occuper des charges diverses. On reconnaît de plus en plus que certaines charges doivent être réservées à des gardes-malades douées d'une préparation et d'une expérience particulières.

Les écoles de gardes-malades des universités donnent des cours d'où sortent des sujets capables d'occuper des charges d'enseignement, de surveillance et d'administration. Pour avoir une bonne administration et une bonne surveillance des services de gardes-malades dans l'assurance-maladie, il est d'importance vitale que le choix du personnel compétent s'effectue en fonction des responsabilités de chaque charge.

(*c*) Répartition et stabilisation des services de gardes-malades. Il faut souligner l'importance de services satisfaisants dans les campagnes. On devrait encourager et aider davantage les gardes-malades qui font face à toutes sortes d'obstacles dans les régions éloignées du pays. S'il était possible d'y améliorer les conditions de vie ainsi que les taux de rémunération, il serait plus facile de doter les campagnes de services suffisants.

Les petits hôpitaux de campagne éprouvent de la difficulté à trouver et à retenir leur personnel. Les salaires y sont d'ordinaire trop bas, on y manque d'occasions de vie sociale et d'occasions de s'instruire, ce qui a pour effet un changement trop fréquent de personnel. La population rurale du Canada mérite mieux que ce qu'elle a reçu jusqu'ici en fait de services de médecins et de gardes-malades, et l'assurance-maladie doit prendre des mesures pour le lui assurer.

Ce qui s'oppose le plus à la stabilisation des services de gardes-malades dans tous les domaines, à l'hôpital ou à la maison, c'est le trop grand nombre d'heures de travail, l'insuffisance de la rémunération ainsi que du temps alloué au soin de chaque malade. Trop souvent, les petits travaux quotidiens de l'hôpital sont confiés à des gardes-malades, graduées ou étudiantes, alors que ces travaux pourraient et devraient être assignés à des aides de salles. Il est évident que l'on doit réserver aux malades tout le temps des infirmières et confier à des personnes moins compétentes et moins rémunérées les fonctions qui ne sont pas spécifiquement du ressort des gardes-malades. Tous ces facteurs indisposent et découragent les gardes-malades et expliquent leur inconstance.

Comme l'assurance-maladie va certainement augmenter le nombre des malades hospitalisés, il faudra assurer aux hôpitaux des infirmières en nombre suffisant et donner à celles-ci des conditions de travail plus satisfaisantes.

CONCLUSION

En incluant les prestations de services de gardes-malades dans l'avant-projet de loi, on a reconnu ces services comme nécessaires à l'assurance-maladie; mais ces services doivent constituer une partie essentielle du plan d'ensemble. Il faut pour cela une compréhension mutuelle des objectifs et de l'activité de tous les groupes concernés.

L'Association des gardes-malades canadiennes désire assurer le Comité spécial de la sécurité sociale de sa ferme intention de participer à la réalisation d'un système qui sauvegardera et améliorera la santé de la population du Canada.

Puis-je me permettre d'ajouter que ce mémoire a été préparé en très peu de temps et n'a pu être revu par tous les membres du comité exécutif de l'Association des gardes-malades canadiennes, ni par les associations provinciales de gardes-malades enregistrées. Nous espérons donc qu'au besoin l'occasion nous sera fournie d'étudier la question davantage avec le Comité.

M. McCann:

D. Monsieur le président, je lis au haut de la page 8 du mémoire présenté:

> L'aide généreusement accordée aux écoles de gardes-malades, par le ministère des Pensions et de la Santé nationale, en 1942, afin de leur assurer un plus grand nombre d'élèves, a vite démontré la valeur d'un appui financier.

Je pense que le Comité aurait avantage à ce que le ministre nous donne quelques détails sur ce qu'a été cette aide.—R. Il me fait plaisir de répondre à cette demande. L'Association des gardes-malades canadiennes fit appel au ministère des Pensions et de la Santé nationale en vue d'obtenir une aide financière pour le temps difficile de la guerre. Nous manquons beaucoup de gardes-malades au Canada, et cela nous place dans une situation dangereuse. Notre premier devoir est de répondre aux besoins des soldats d'outre-mer, et cela nous a pris un très grand nombre de gardes-malades, comme vous le savez sans doute. Nous voulons continuer de fournir à l'armée ce qu'il lui faut, mais nous devons en même temps assurer le service des populations civiles non seulement pour la durée de la guerre mais aussi pour l'après-guerre; à cette fin, le ministère des Pensions et de la Santé nationale a généreusement autorisé une subvention de $115,000 pour les besoins du Canada en services d'infirmerie au cours de l'année dernière. De cette somme, $75,000 furent affectés aux écoles de gardes-malades qu'il fallait agrandir pour former un plus grand nombre d'élèves. Une somme de $25,000 fut versée aux écoles de gardes-malades des universités pour la formation des professeurs et des surveillantes d'hygiène publique et d'écoles de gardes-malades; il fallait améliorer les cours et former un plus grand nombre d'élèves. Une autre somme de $15,000 fut consacrée à l'administration, placée sous l'autorité de notre conseillère des services d'urgence de gardes-malades, Mlle Ellis, qui est avec nous ce matin. Cette somme comprend son salaire, la publicité et les besoins importants. Le résultat a été excellent, en ce qui nous concerne. Je suis heureux de dire au Comité que nous sommes profondément reconnaissants au ministère des Pensions et de la Santé nationale, qui nous a aidés dans la situation sérieuse où nous nous trouvions.

D. Sur quelle base de calcul ont été distribués ces $75,000? Ensuite, est-ce que les écoles de gardes-malades, prises une à une, en ont effectivement touché quelque chose, du moins pour ce qui est des augmentations de salaires?

Mlle ELLIS: Monsieur le président, je pense que certaines écoles de toutes les provinces ont nettement tiré avantage de cette subvention, et de diverses manières; par exemple, on a payé avec cet argent une partie ou la totalité du salaire des surveillantes supplémentaires des cliniques, et cela parce que le nombre croissant des élèves et décroissant des surveillantes, dans les hôpitaux, rend très difficile la formation des élèves. Dans presque toutes les provinces, on a été d'avis que les grandes écoles sont mieux en mesure, ayant un meilleur matériel et plus de personnel directeur, d'enseigner aux élèves tout ce qui leur est nécessaire. Dans toutes les provinces, un certain nombre d'écoles ont reçu en guise d'assistance la nomination d'une ou de plusieurs surveillantes de cliniques. En outre, les écoles de plusieurs provinces ont reçu des fournitures et des livres de référence. Certaines écoles, aussi, ont reçu le nécessaire pour intensifier leurs cours d'hygiène publique. Tout cela vise le domaine de l'hygiène publique, mais c'est par l'organisation de l'hygiène publique que les élèves des diverses écoles ont acquis de l'expérience, sous la direction de maîtresses compétentes. Dans d'autres provinces, mais non dans toutes, on a nommé des instructrices ambulantes qui passent d'une école à l'autre afin d'aider les infirmières-directrices sans expérience à obtenir plus rapidement des succès. Ces dernières, parfois, n'ont guère qualité pour occuper un tel poste, mais ont dû l'accepter à cause du manque de personnel disponible. Je pense que dans plusieurs provinces ce genre de nomination a rendu de grands services.

M. FULFORD: Monsieur le président, au paragraphe 3, page 7, je trouve ceci:

Une bonne école de gardes-malades doit avoir une proportion déterminée d'infirmières diplômées par rapport au nombre des élèves.

Mademoiselle Lindeburgh dirait-elle au Comité quelle proportion elle considère comme la bonne?

Le TÉMOIN: Mademoiselle Ellis, je crois que vous avez étudié cela et que c'est à vous qu'il revient de répondre.

Mlle ELLIS: Cela dépend pour une bonne part des éléments de la situation: la catégorie de malades que l'on soigne, les conditions générales, etc. Je pense qu'il est admis qu'après de longues études dans la profession la proportion d'une à trois ou d'une à quatre est très bonne; une garde-malade diplômée par trois ou quatre élèves. Cela comprend évidemment les surveillantes.

Mme Casselman:

D. Pour revenir à la question de la subvention accordée, l'Association croit-elle que cette subvention a attiré autant de nouvelles élèves que l'état du personnel permettait d'en accepter? Je veux dire: vous recevez une certaine subvention pour les inspectrices et les maîtresses; avez-vous réussi à trouver les élèves? En avez-vous maintenant autant que vous pouvez en former avec le personnel dont vous disposez?

Mlle ELLIS: Les écoles de gardes-malades du Canada comptent, depuis la déclaration de la guerre, environ 1,000 élèves de plus qu'auparavant. Monsieur le président, pour répondre exactement à la question de Mme Casselman, les écoles ont réussi à trouver toutes les candidates qu'elles pouvaient recevoir, et je suis en mesure d'affirmer que ces dernières se sont recrutées d'une manière plus soutenue que s'il n'y avait pas eu de publicité de faite, etc. Il y a des écoles qui reçoivent encore plus de demandes d'admission qu'elles n'en peuvent accorder. A tout prendre, je crois qu'il ne se présente pas assez de candidates, il s'en présente certainement moins qu'auparavant. C'est inévitable, à cause du grand emploi que l'on fait de la main-d'œuvre féminine aujourd'hui, et aussi parce que plusieurs jeunes filles peuvent obtenir facilement des emplois assez bien rémunérés, qui font une forte concurrence à la profession de garde-malade. Je ne pense pas que le recrutement de l'année dernière ait eu pour résultat d'amener aux écoles toutes les élèves qu'elles pouvaient recevoir, mais il a certainement empêché leur nombre de diminuer comme nous l'avons craint pour un temps.

M. WRIGHT: A ce que je comprends, aucune partie de cet argent n'est donnée directement à telle ou telle infirmière ou élève pour l'encourager à choisir cette profession. Il en coûte très cher aux jeunes filles qui entrent à l'école de gardes-malades, et il me semble qu'en les aidant d'un secours financier on en attirerait un bien plus grand nombre. Qu'en pense mademoiselle Ellis?

Mlle ELLIS: Non, aucune partie de cet argent n'a servi à encourager directement les élèves-infirmières. Ai-je raison, monsieur le président, de dire qu'on nous a laissé espérer l'adoption de telles mesures en vertu du plan de formation de la jeunesse? Nous avons fait des instances auprès du ministère en vue d'obtenir des secours financiers pour les élèves-infirmières; mois nous n'avons encore rien dépensé à cette fin, de l'argent reçu de l'Etat.

M. McGarry:

D. Je trouve ceci au haut de la page 4:

Environ 75 p. 100 des gardes-malades du Canada soignent à domicile. Comprenez-vous dans ce nombre les infirmières privées des hôpitaux?—R. Toute les gardes-malades, à la maison et aux hôpitaux, infirmières privées, civiles, infirmières des hôpitaux et des maisons privées.

D. Pourriez-vous nous dire quelle catégorie de gardes-malades manque le plus de sujets? Les infirmières privées ou celles des hôpitaux?—R. Est-ce qu'il y a beaucoup de différence entre chaque catégorie, mademoiselle Ellis?

Mlle ELLIS: Les infirmières non spécialisées.

Le TÉMOIN: Je sais ce que nous appelons infirmières non spécialisées; il y a aussi les infirmières du personnel général, qui soignent un bon nombre de malades dans les hôpitaux. Nous appelons garde-malade privée l'infirmière qui soigne un malade en particulier.

L'hon. M. Bruce:

D. Je voudrais poser une question portant sur la même page. Vous dites, au commencement du deuxième paragraphe:

> Il y a longtemps qu'on aurait dû instituer la journée de huit heures pour les gardes-malades à domicile.

Doit-on prendre cette déclaration à la lettre? Cette mesure n'existe-t-elle pas déjà dans certaines provinces? L'usage de la journée de huit heures est-il général?

Mlle BAKER: Monsieur le président, la journée de huit heures est observée dans quelques provinces, mais pas toutes. Elle peut être observée dans certaines provinces ou dans certaines parties de chaque province, et ne pas l'être dans certaines localités.

M. LALONDE: Dans quelles provinces?

Mlle BAKER: Les provinces dans lesquelles la journée de huit heures est en usage pour les infirmières à domicile sont: l'Ontario, Québec dans une certaine mesure, mais moindre que l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Dans les provinces Maritimes, elle n'est pas très observée.

M. BRUCE: Je voudrais ajouter mon témoignage sur le mérite de la journée de huit heures. J'admets qu'elle devrait être instituée depuis longtemps, et je crois que les infirmières fournissent un meilleur service si elles ne travaillent que huit heures par jour. C'est beaucoup exiger que de faire travailler les infirmières douze heures par jour comme cela se faisait autrefois. Le besoin de gardes-malades est une question individuelle, qu'il faudra résoudre d'une autre manière.

L'hon. M. MACKENZIE: Au sujet de cette subvention, je suppose que les résultats ne seraient pas évidents, ou visibles, après une année. Il y faudrait une période de deux, trois ou quatre ans?

Mlle MOORE: Il faudrait un certain nombre d'années pour établir une comparaison, mais l'avantage des subventions apparaît dans la brève période où elles ont déjà existé. Il faudra soutenir les initiatives dues à la subvention pour qu'elles arrivent à maturité et produisent des résultats.

M. MACINNIS: Mlle Lindeburgh voudrait-elle commenter le dernier paragraphe de la page 7: heures de service des élèves. Je comprends que ces heures sont trop longues, et nuisent à la santé des étudiantes, qui sont souvent malades.

Mlle LINDEBURGH: Nous qui avons été formées il y a un certain nombre d'années, pouvons imaginer un service de deux heures avec deux heures de récréation; mais pendant ces heures de liberté, nous devions assister aux cours, de sorte que les heures de cours et le soin des malades constituaient bien une journée de douze heures. De nos jours, la situation est meilleure. Notre emploi du temps dans les écoles d'infirmières au Canada prévoit une journée de huit heures pour les élèves-infirmières, avec du temps de liberté, au moins un jour par semaine. On propose de ne pas ajouter la durée des cours à la journée de travail. Si nous passons en revue les écoles d'infirmières au Canada, aujourd'hui, je crois que nous constaterons que beaucoup d'entre elles ont une journée de dix heures, qui comprend peut-être deux heures de cours. Mais nous savons que souvent encore les heures sont trop longues. On dit que les élèves sont de service de sept à sept, avec quatre heures de récréation en quelque moment de la journée, ce qui

fait huit heures. Or une grande partie des quatre heures est employée au déjeuner, ou à se rendre au cours, et les élèves travaillent encore trop longtemps. Nous espérons que les élèves-infirmières seront un jour considérées comme les élèves des autres écoles professionnelles, et que les heures de garde seront considérées comme des travaux pratiques. Toute école professionnelle doit partager son emploi du temps entre la théorie et les travaux pratiques; et ceux-ci doivent être fonction des besoins de l'enseignement, non des besoins de l'hôpital au delà de ce qui est nécessaire pour la formation d'une bonne infirmière.

Mlle MUNROE: Je voudrais insister sur ce qu'a dit notre présidente. Nous estimons toutes que la journée de huit heures et la semaine de six jours sont des mesures très désirables pour les élèves. Celles-ci les apprécieront beaucoup. Je crois qu'en bien des cas la pénurie d'infirmières diplômées est la seule chose qui nous empêche de réaliser ces réformes.

M. BRUCE: L'Association des gardes-malades canadienne emploie-t-elle des gardes-malades fournies par la Croix-Rouge et la *Saint John Ambulance Association,* et, en ce cas, dans quelle mesure?

Mlle MUNROE: Nous en avons employé un certain nombre. Nous avons eu du renfort de la Croix-Rouge et de la *Saint John Ambulance,* et aussi, ces derniers mois, des volontaires civils du centre des services civils de guerre, et toutes nous ont rendu service. Le seul inconvénient est qu'elles viennent une ou deux après-midi par semaine, ou deux matinées par semaine, de sorte qu'une même personne ne nous fournit pas un service continu. A cet égard, les travailleurs de guerre payés offrent un avantage sur les volontaires.

M. BRUCE: Cette remarque ne s'applique pas aux infirmières fournies par la *Saint John Ambulance Association,* que je connais assez bien. Celles-là vont à leur service tous les jours, non pas un jour ou deux par semaine, n'est-ce pas?

Mlle MUNROE: Beaucoup de membres de la *Saint John Ambulance Association* sont des femmes qui travaillent dans d'autres emplois. Elles peuvent aider un peu, par exemple, le soir; et comme nous n'avons pas beaucoup de surveillantes de service le soir, nous n'avons pas beaucoup utilisé le personnel de la *Saint John Ambulance.*

M. BRUCE: Je vois ce que voulez dire; mais à Toronto, la *Saint John Ambulance Association* fournit un certain nombre d'infirmières à l'hôpital de la rue Christie. Et si vous avez un si grand besoin d'infirmières, vous pourriez le faire savoir à l'Association qui vous en procurerait sûrement un bon nombre.

L'hon. M. MACKENZIE: Le docteur Bruce est lui-même à la tête de l'Association.

Le PRÉSIDENT: Mademoiselle Munroe, les aides civils dont vous avez parlé soignent-elles les malades?

Mlle MUNROE: Elles ne font pas ce que nous appelons réellement du service de garde-malade; elles aident à alimenter les malades et à les servir, elles aident les infirmières à retourner les malades et à les soigner.

M. BLANCHETTE: A la page 3 de votre mémoire apparaît la déclaration suivante: "Jusqu'à ces dernières années, le fardeau des soins à dispenser retombait presque entièrement sur les élèves. Cette coutume est dommageable tant pour les élèves que pour les malades." Pourriez-vous dire au Comité si les hôpitaux en général s'éloignent de cette coutume, et quelle est la proportion des hôpitaux qui font retomber le fardeau du service sur les élèves?

Mlle LINDEBURGH: A la fin du paragraphe, le texte dit: "Aujourd'hui, le personnel général des hôpitaux du Canada compte trois mille infirmières de plus qu'il y a dix ans." Il y a donc une tendance. Les administrateurs d'hôpitaux, d'une manière générale, comprennent la situation dans les hôpitaux et dans les écoles d'infirmières dirigées par les hôpitaux. Je dis dans les écoles d'infirmières dirigées par des hôpitaux; il faut se rendre compte que les élèves-infirmières ne

peuvent, à elles seules, assurer convenablement le soin des malades. Il faut examiner la question au point de vue de l'école d'infirmières, ou au point de vue de l'enseignement; les élèves ne sont pas là à titre d'infirmières, mais pour devenir des infirmières. D'un autre côté, pour envisager la situation en face, elles font fonctions d'infirmières, n'est-ce pas? Elles assurent le service. Elles soignent les malades, sous une surveillance attentive, car le bien-être du malade doit être sauvegardé. Mais on ne songerait jamais à confier un grand malade à une jeune infirmière, à une infirmière de première année. Si une élève est chargée d'un tel malade, elle doit être assez avancée, et toujours sous surveillance. Avec le meilleur programme, le service des infirmières dans les hôpitaux serait compromis, et comporterait des risques, s'il était confié, en principe, à des élèves. Il est naturel que les administrateurs souhaitent diriger un bon hôpital, où les malades seront bien soignés. Cependant le besoin de gardes diplômées dans les hôpitaux est partout reconnu, aujourd'hui, au Canada. Un changement surprenant s'est produit. J'ai entendu dire par une surveillante d'infirmières qui remplit ces fonctions depuis une douzaine d'années: "Quand je suis entrée ici, le personnel ne comptait pas une infirmière pour le service général, et aujourd'hui nous en avons 300." Il s'agit d'un grand hôpital. Cela prouve la nécessité de ce service pour le soin des malades dans les hôpitaux.

M. BRUCE: Existe-t-il, dans l'importance des hôpitaux, une limite au-dessous de laquelle ils ne sont pas autorisés à entretenir des écoles d'infirmières, ou n'ont pas les installations voulues?

Mlle LINDEBURGH: Nombre d'hôpitaux entretiennent des écoles d'infirmières et n'ont pas toutes les installations cliniques voulues pour procurer une formation complète aux infirmières; dans certains cas, leurs écoles sont affiliées à d'autres. Par exemple, un hôpital peut avoir une section des maladies contagieuses, ou une section des maladies des enfants, et envoyer ses élèves, pendant deux ou trois mois, dans un autre hôpital spécialisé, où elles perfectionneront leur expérience en matière de pédiatrie.

M. BRUCE: Qu'arrive-t-il dans le cas d'un petit hôpital de cinquante lits?

Mlle LINDEBURGH: Nous recommandons que les hôpitaux de moins de cent lits n'entretiennent pas d'école d'infirmières. C'est notre proposition pour le programme d'études de l'Association des gardes-malades canadiennes. Depuis l'enquête du docteur Weir en 1930, un assez fort pourcentage des écoles ont été supprimées, dans les hôpitaux qui ne pouvaient, même par voie d'affiliation, assurer les installations cliniques nécessaires à la formation des élèves-infirmières.

M. BRUCE: C'est ce que je voulais savoir.

Mlle ELLIS: Monsieur le président, dans chaque province, la loi provinciale détermine l'importance des hôpitaux qui peuvent entretenir une école. Ce n'est pas l'Association des gardes-malades canadiennes qui exerce ce contrôle, ce sont les provinces. Dans bien des cas, l'autorisation est donnée à des hôpitaux de moins de cent lits. Les membres de notre profession estiment à cent lits l'importance minimum qu'un hôpital devrait avoir pour entretenir une école, mais des hôpitaux de 20 et même de 15 lits en entretiennent.

M. SHAW: A sa première page, le mémoire indique que l'effectif de l'Association est de 19,000 membres. Quel pourcentage cela forme-t-il du nombre total d'infirmières diplômées au Canada?

Mlle ELLIS: Il est difficile de donner une réponse précise avant que les résultats de l'enregistrement en cours soient connus. Il n'y a jamais eu d'enregistrement des infirmières très satisfaisant, de sorte que je ne voudrais pas me hasarder à indiquer ce pourcentage. Nous espérons avoir ce renseignement dans peu de semaines. Mais je crois que notre effectif représente une forte proportion des infirmières qui exercent réellement.

M. SHAW: Le mémoire dit encore que l'Association comprend toutes les infirmières enregistrées qui exercent au Canada, à l'exception de celles qui sont indiquées à l'Ile du Prince-Edouard et en Ontario. Faut-il prendre cela au pied de la lettre, et conclure que toutes les infirmières enregistrées en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba et ainsi de suite, sont membres de l'Association des gardes-malades canadiennes? Sont-elles obligées d'être membres de cette association pour exercer leur profession?

Mlle ELLIS: Non, il n'y a d'obligation d'enregistrement que dans deux provinces, l'Alberta et la Saskatchewan. Dans ces provinces, la loi prescrit que les gardes-malades diplômées ne peuvent pas exercer dans les hôpitaux subventionnés sans être enregistrées. Mais, dans l'ensemble, je crois que l'enregistrement est aussi fréquent dans les autres provinces, où il n'est pas obligatoire, parce que l'opinion publique et la tendance générale des événements obligent presque les infirmières à s'enregistrer pour obtenir de l'emploi.

M. SHAW: Est-ce obligatoire en Ontario?

Mlle ELLIS: Non, l'enregistrement n'est obligatoire qu'en Alberta et en Saskatchewan. Naturellement, les hôpitaux commencent à se dire: "S'il arrive un accident et que nos infirmières ne sont pas enregistrées, quelle sera notre responsabilité?" L'enregistrement est presque obligatoire au point de vue de l'opinion des directeurs d'hôpitaux, mais non au point de vue de la législation.

M. MCGARRY: Dans le deuxième paragraphe de la page 12, votre mémoire dit: "On devrait aider et encourager davantage les gardes-malades qui font face à toutes sortes d'obstacles dans les régions éloignées du pays". De quelle source l'aide et l'encouragement devraient-ils venir? Des associations de bienfaisance, ou des fonds d'assurance-maladie fournis par le Dominion ou par les gouvernements provinciaux?

Mlle LINDEBURGH: C'est une déclaration très générale. Dans les régions rurales, il arrive que l'infirmière, ayant à parcourir de grandes distances, soit obligée d'aller en voiture. Comme vous le savez, la locomotion hippomobile s'emploie encore dans les campagnes. Bien des gardes-malades devraient avoir une auto, mais il y a des régions où l'auto ne servirait à rien. Il faut envisager le point de vue de l'économie du temps, et celui du mode de vie et de la santé personnelle de l'infirmière. Les gardes-malades, à la campagne, sont appelées à toute heure du jour et de la nuit. Je parlais dernièrement à une infirmière du service de l'hygiène publique dans une région rurale isolée. Elle me disait qu'elle n'avait pas dormi pendant des semaines, à cause des besoins continuels de la population; elle est appelée toute la journée pour des cas de maternité. Elle n'a pas les auxiliaires voulues. Il faudrait deux personnes là où il n'y en a qu'une. Je ne parle que d'une manière générale. Les installations de cliniques sont très restreintes dans les régions éloignées, où manquent les personnes pouvant aider à faire une enquête ou à diriger une clinique. La population rurale souffre de bien des entraves, alors qu'elle est si importante dans la structure économique et sociale de notre pays. Sa santé devrait être sauvegardée de toutes manières. Le mémoire comporte simplement une déclaration en faveur des infirmières des régions rurales, pour que nous pensions à la nécessité urgente d'améliorer les installations d'hygiène dans les régions rurales quand nous répartirons les services professionnels dans l'ensemble du pays. Mlle Hall et Mlle Moore peuvent parler de cette situation.

Le PRÉSIDENT: Mademoiselle Hall, voulez-vous nous en parler?

Mlle HALL: Le *Victorian Order* a l'expérience de la situation des infirmières dans les endroits isolés. Dans certains de ces endroits, les salaires des infirmières sont très inférieurs à ce qu'ils sont ailleurs, où la vie est plus attrayante. L'infirmière d'une agglomération rurale devrait souvent avoir plus de compétence que celle d'un centre plus peuplé, parce qu'elle est plus obligée d'agir sous

sa seule responsabilité, plus livrée à son jugement propre. Malgré cela, sa rémunération est moins élevée, et les conditions sont moins attrayantes. Nous avons beaucoup de difficulté à remplir les vacances dans ces régions. Je crois que si certaines sommes d'argent étaient accordées pour améliorer les conditions dans lesquelles ces infirmières travaillent, ce problème serait peut-être résolu.

Le PRÉSIDENT: Mademoiselle Moore, voulez-vous prendre la parole?

Mlle MOORE: Monsieur le président, monsieur le ministre, je partage l'avis de Mlle Hall. C'est aussi notre cas, mais je voudrais parler de l'attrait et de l'intérêt de ce service. Nous avons obtenu d'excellentes infirmières pour ces postes difficiles, mais nous ne pouvons leur demander d'y rester longtemps, parce que la vie n'est pas très agréable et en général les localités croient que toute somme d'argent est considérable.

M. CÔTÉ: Monsieur le président, au premier paragraphe de la page 13, je lis ce qui suit:

> Trop souvent, les petits travaux quotidiens de l'hôpital sont confiés à des gardes-malades, graduées ou étudiantes, alors que ces travaux pourraient et devraient être assignés à des aides de salles. Il est évident que l'on doit réserver aux malades tout le temps des infirmières et confier à des personnes moins compétentes et moins rémunérées les fonctions qui ne sont pas spécifiquement du ressort des gardes-malades.

Est-il vrai que si le Comité s'occupe de procurer aux hôpitaux le nombre nécessaire d'aides de salles, le nombre d'infirmières actuellement à l'emploi de ces hôpitaux sera suffisant, ou à peu près, et que nous déplorons plutôt une rareté d'aides de salles? Je désirerais obtenir des renseignements sur cette question.

Le PRÉSIDENT: Mademoiselle Munroe, auriez-vous la bonté de répondre à cette question?

Mlle MUNROE: En ce moment, il y a une rareté d'aides de salles et de domestiques salariées, mais je ne crois pas que ce soit là le seul aspect de cette question. Assez souvent, il coûte moins cher de confier le travail à des élèves-infirmières qu'à des aides salariées, et c'est pourquoi les hôpitaux ont adopté ce système.

M. SHAW: Il y a environ trois semaines, j'ai lu un rapport soumis par une infirmière régionale d'un endroit éloigné des provinces de l'Ouest. Ce rapport m'a presque fait venir les larmes aux yeux. La tâche de cette jeune fille semble extrêmement lourde. A cette époque, j'ai demandé quelles dispositions la Commission canadienne de recrutement et de répartition du personnel médical prenait pour transférer des médecins établis dans de petites localités, où ils se trouvent peut-être trois ou quatre, à des endroits où il n'y avait aucun médecin. Je crois que la Commission canadienne de recrutement et de répartition du personnel médical pourrait alléger la dure tâche des infirmières qui s'efforcent de desservir les régions rurales. Pourrions-nous avoir un rapport sur les dispositions prises à cet effet par la Commission canadienne de recrutement et de répartition du personnel médical?

Le Dr ROUTLEY: Monsieur le président, madame Casselman, mesdames et messieurs, la Commission canadienne de recrutement et de répartition du personnel médical a été établie par trois arrêtés en conseil en date du 7 juillet 1942. Au début, elle devait fournir les médecins nécessaires aux trois services armés et, en même temps, maintenir l'équilibre entre les besoins médicaux des services armés et des civils. Peu à peu, il devint évident qu'il faudrait tenir compte des dentistes et des infirmières dans une étude complète des services médicaux du Canada, et ces deux professions ont été ajoutées à la Commission.

Depuis quelques mois, monsieur, il se fait au Canada un relevé minutieux qui indiquera nos ressources et nos besoins hygiéniques. En réponse à cette question, il serait peut-être bon de consigner au compte rendu que des comités représentant les services armés, les services d'hygiène publique, les infirmières, les dentistes, les écoles de médecine, les hôpitaux et le public en général essaient de déterminer aussi exactement que possible les besoins du pays et les moyens à prendre pour y répondre. D'ici à quelques semaines, la Commission canadienne de recrutement et de répartition du personnel médical soumettra au gouvernement un rapport complet des renseignements obtenus. Naturellement, il appartient au gouvernement de décider s'il adoptera ou non les recommandations présentées dans le rapport.

Je sais qu'il n'est aucunement nécessaire de rappeler à ce Comité parlementaire que la Commission canadienne de recrutement et de répartition du personnel médical n'a nulle part le pouvoir ni l'autorité de placer les médecins, les dentistes ou les infirmières. De nos jours, jusqu'à un certain point, les gens doivent se plier à certains règlements, mais, à part ces restrictions, ils sont encore libres de se déplacer comme il leur semble bon. A plusieurs reprises, j'ai entendu dire que la *Canadian Medical Association* et la Commission canadienne de recrutement et de répartition du personnel médical avaient négligé de transférer un médecin à un endroit quelconque. Monsieur le président, permettez-moi de répéter que nous n'avons le pouvoir de déplacer aucun médecin. Nous espérons, cependant, que quand nous aurons obtenu tous les renseignements, nous trouverons le moyen d'employer les ressources hygiéniques du Canada selon les meilleurs intérêts du peuple canadien.

Le PRÉSIDENT: Avez-vous d'autres questions à poser avant que Mlle Lindeburgh se retire?

M. WOOD: Monsieur le président, quelle est la méthode proposée pour surmonter les difficultés du service rural? La solution est-elle d'accorder une subvention à l'infirmière, ou de faire des visites périodiques, ou d'encourager la population rurale à tirer profit des hôpitaux?

Le PRÉSIDENT: Mademoiselle Moore, auriez-vous la bonté de répondre?

Mlle MOORE: Monsieur le président, monsieur le ministre, plusieurs régions rurales ne sont pas desservies, mais en plus de la difficulté qu'ont les infirmières à se loger, elles doivent aussi soigner dans des domiciles qui ne sont pas aménagés pour cela. Dans un relevé que nous avons fait, il y a à peu près un an, d'une région peu étendue de l'Ontario, la question suivante était posée: "Le domicile était-il assez convenable pour que l'infirmière puisse y donner ses soins?" Dans cinq endroits, tous les domiciles à part trois avaient été visités, et l'infirmière, jugeant d'après les niveaux très modestes établis pour elle, était d'avis qu'un faible pourcentage de ces domiciles étaient assez convenables pour qu'elle puisse y donner ses soins. Je crois que c'est là un aspect de la question; il y aurait aussi, comme l'a proposé Mlle Hall, la possibilité de nommer deux infirmières où il n'y en a qu'une maintenant, afin qu'elles puissent se remplacer, se tenir compagnie et avoir l'occasion de discuter la situation; de plus, le rapprochement de médecins et d'hygiénistes constituerait certainement un autre aspect de la question. Je ne sais pas quel serait le moyen le plus efficace.

Le PRÉSIDENT: Merci, mademoiselle Moore; avez-vous d'autres questions à poser à Mlle Lindeburgh?

M. MCCANN: Monsieur le président, je suppose que l'Association des gardes-malades canadiennes a été invitée à soumettre un exposé au Comité de la sécurité sociale afin de nous faire part de leur opinion sur le projet d'assurance-maladie. D'après son exposé, je crois qu'elle est en faveur de ce projet. Ceci dit, il semble qu'un défi soit lancé aux infirmières et qu'elles aient à répondre si elles sont en mesure, ou si elles se mettront en mesure de seconder le plan d'assurance-maladie. Ce défi n'atteint pas seulement les infirmières; il s'adresse égale-

ment aux médecins, aux dentistes, et aux autres services qui seront beaucoup plus en demande dès que l'assurance-maladie entrera en vigueur et fonctionnera efficacement. Je me demande ce que les infirmières font, ou ce qu'elles ont l'intention de faire pour envisager cette situation. Je suis en rapport avec cette profession depuis un bon nombre d'années, et j'ai pu me rendre compte que les infirmières devront surmonter beaucoup d'obstacles avant d'être en mesure de répondre aux besoins de l'avenir. Je préviens ce Comité, monsieur le président, et les infirmières, que c'est maintenant qu'elles doivent se préparer pour l'avenir. Que faites-vous pour encourager les jeunes femmes à devenir infirmières? De nos jours, il y a tellement d'emplois plus attrayants, de vocations où les heures de service sont plus courtes, les loisirs plus longs et la rémunération plus avantageuse. Vous ne pouvez vous attendre à ce que les jeunes femmes de notre génération fassent preuve d'un altruisme qui autrefois poussait un excellent type de jeune femme à devenir infirmière. Il faut que la profession soit plus pratique. Il faut donner aux infirmières de meilleures heures, les attirer par des motifs plus attrayants et les traiter comme femmes de profession et non comme bonnes dans les hôpitaux. C'est exactement ce qui arrive trop souvent dans les institutions. Des jeunes filles qui ont reçu une bonne éducation et qui suivent le cours d'infirmière doivent accomplir des travaux qui ne leur conviennent pas du tout. Je sais que la situation est très difficile—surtout en ce moment où tant d'infirmières sont dans les services des armées—et que pour cette raison, les autres doivent accomplir une tâche plus lourde. Quel est votre problème? Est-ce que vous manquez d'argent, de personnel, ou des deux?

Mlle LINDEBURGH: Des deux.

M. MCCANN: Je crois que les deux vous manquent. Je vais proposer au ministre qui, l'an dernier, a accordé un octroi aux infirmières par l'entremise du ministère des Pensions et de la Santé nationale, que s'il veut que son ministère soit en mesure d'adopter l'assurance-maladie dans deux ou trois ans, il lui faut tenir compte des infirmières, et pour cela il devra doubler ou tripler leur octroi cette année et probablement le doubler encore l'an prochain puisqu'il faut au moins trois ans pour former une infirmière.

Dans son premier rapport, le Comité devrait recommander, dans le but d'assurer une réserve suffisante d'infirmières compétentes qui seront nécessaires quand l'assurance-maladie sera adoptée, que nous demandions pour cette année et pour l'avenir des crédits plus élevés.

Je sais que les infirmières en tant que groupe organisé ont probablement étudié ces questions, mais je crois que c'est le bon moment de dire un mot en leur faveur et de les exhorter à communiquer leurs besoins aux autorités intéressées et à leur dire bien clairement: "Si vous voulez nous faire entreprendre ce travail dans deux ou trois ans, il faut s'y préparer dès maintenant, et si vous nous donnez les fonds nécessaires, nous accomplirons la tâche."

M. KINLEY: Monsieur le président, avant de terminer cette discussion, je tiens à féliciter le *Victorian Order of Nurses* du Canada. Depuis plusieurs années, ces infirmières font un excellent travail. Elles sont rémunérées par les localités qu'elles desservent, et elles sont dirigées par l'organisme du *Victorian Order* dont l'administration est très efficace. Dans les endroits éloignés où les infirmières sont rares, la tâche retombe aujourd'hui sur l'infirmière du *Victorian Order*. Dans les régions rurales, je crois que les difficultés causées par la guerre ont été allégées par la présence du *Victorian Order of Nurses* dans ces endroits. C'est un organisme volontaire soutenu par le public canadien. Le salaire de la garde-malade est fixé par les gens de l'endroit où elle travaille. Elle travaille gratuitement pour les personnes qui ne peuvent payer. Ceux qui le peuvent paient un faible honoraire, mais la garde-malade donne ses services à tous ceux qui en ont besoin, et ils sont soumis à la surveillance de gens attentifs qui dirigent

l'opinion de ces milieux. Il me semble que pour étudier nos services d'hygiène publique nous ne devons pas négliger le *Victorian Order of Nurses*, car cet ordre est à la tête de tout ce qui se fait pour l'hygiène publique, et c'est lui qui a lancé ce mouvement, que nous souhaitons tous de voir s'amplifier durant les années à venir, pour le bien du Canada.

Le PRÉSIDENT: Mlle Roy, directrice des infirmières du service municipal de l'hygiène, à Montréal, est ici et il nous ferait plaisir de l'entendre.

Mlle MARIA ROY est appelée.

(Texte)

Le TÉMOIN: L'Association des gardes-malades canadiennes fut organisée en 1906; c'est la fédération des Associations provinciales des gardes-malades enregistrées. Elles forment un total de 19,000 membres dans le Canada, dont 1,200 religieuses hospitalières catholiques et 1,960 infirmières laïques, d'expression française.

Dans chaque province, à l'exception de l'Ontario et de l'Ile du Prince-Edouard, la garde-malade graduée, après avoir passé avec satisfaction les examens de l'enregistrement et payé sa cotisation, devient automatiquement membre de l'Association provinciale et, par ce fait, se trouve aussi membre de l'Association des gardes-malades canadiennes.

La cotisation des membres est renouvelée annuellement.

Le bureau national de l'Association des Gardes-Malades du Canada est situé à Montréal, 1411, rue Crescent. Le journal officiel est le *Canadian Nurse*.

Les membres sont répartis en trois branches: service institutionnel, service général et service d'hygiène publique.

Depuis les débuts de l'Association des gardes-malades canadiennes, l'objectif a été:

1. De promouvoir l'unité nationale parmi les infirmières.
2. Améliorer le standard de l'éducation et de l'expérience des infirmières, en vue de donner un meilleur service au public.
3. Stimuler au sein de ses membres un vif intérêt pour le bien-être de la population.
4. Encourager la bonne entente vis-à-vis des infirmières des autres pays.

Dans toute localité moderne, les services en nursing sont considérés à bon droit comme des services indispensables d'utilité publique. Il est hors de doute que dans l'Assurance-santé, le nursing devienne une branche indispensable et un plan sage et effectif sera la responsabilité des infirmières enregistrées de tout le Canada.

Dans chaque ville des registres ou (bureaux de placement) sont organisés, afin de répondre aux appels pour les infirmières qui acceptent de travailler moyennant une rémunération journalière. Les registres se maintiennent par les souscriptions des infirmières sans aide de la collectivité desservie. Probablement que le but de ces registres deviendra plus vaste avec l'Assurance-santé, c'est pourquoi nous croyons qu'une aide financière sera nécessaire pour assurer leur existence.

HYGIÈNE PUBLIQUE ET SERVICE DE VISITEUSES

Ce service comprend: visites à domicile, hygiène scolaire, hygiène industrielle, enseignement et prévention concernant l'hygiène de l'enfance, l'hygiène maternelle, la tuberculose, les maladies vénériennes et toute autre spécialité dans laquelle le nursing en hygiène est devenu partie essentielle de tout programme d'hygiène publique, rurale ou urbaine.

L'enseignement de la santé et la prévention de la maladie est à la base de tout programme d'infirmières visiteuses.

Il est donc d'importance capitale, dans un programme d'assurance-santé qui est bien, de donner outre les soins médicaux et de nursing aux personnes malades, d'assurer au moyen de l'enseignement la prévention de la maladie et le maintien de la santé.

De là, l'importance d'une préparation spéciale pour remplir avec succès une tâche aussi importante. Il nous fait plaisir de souligner ici l'aide apportée par le gouvernement en 1942 aux infirmières qui désiraient se perfectionner dans quelque branche du nursing que ce soit.

On devra attacher la plus haute importance à la préparation, l'expérience et la personnalité des personnes qui seront nommées pour l'organisation de ce service. Les organisations provinciales de nursing sont toutes désignées pour recommander ces nominations.

L'ASSOCIATION DES GARDES-MALADES DU CANADA APPROUVE EN PRINCIPE LE PROJET DE L'ASSURANCE-SANTÉ

Les infirmières du Canada s'intéressent depuis assez longtemps à un programme d'assurance-santé.

En 1935, un programme fut préparé par l'Association et en 1938, un bref avait été présenté à la Commission royale, dans lequel on insistait sur la nécessité d'un service d'infirmières comme faisant partie intégrale de l'Assurance-Santé.

L'Association des gardes-malades du Canada s'intéresse et est désireuse de participer dans tout plan d'assurance-santé, pourvu que les intérêts du nursing soient sauvegardés et employés au plus grand avantage des bénéficiaires.

Le service des gardes-malades, tel qu'inclus dans le projet de loi, semble laisser aux organisations provinciales une parfaite autonomie et le privilège d'organiser, d'administrer et de contrôler les infirmières et le nursing.

Nous endossons la recommandation du *Canadian Hospital Council* comme étant d'une importance vitale: "Que toute ingérence politique soit exclue de l'organisation du Nursing."

FACTEURS ESSENTIELS DANS LA RÉPARTITION ET LA STABILITÉ D'UN SERVICE D'INFIRMIÈRES

La répartition des services d'infirmières au Canada devient un problème sérieux quand il s'agit de répondre aux besoins de la population tant rurale qu'urbaine. La tendance de la centralisation des infirmières dans les villes et l'absence de service d'infirmières dans les districts éloignés sont la cause qu'une partie de la population du Canada manque de soins.

Si, dans les régions rurales, les conditions de vie pouvaient être plus attrayantes, les services mieux rémunérés, les difficultés ne seraient pas aussi épineuses.

Il ne faut pas oublier que l'infirmière isolée a de sérieux problèmes à résoudre: maladie grave et l'impossibilité d'avoir une directive médicale oblige à assumer de grandes responsabilités.

Dans les hôpitaux et en hygiène publique, les salaires sont au minimum et dans bien des cas les heures sont longues et la tâche beaucoup trop lourde. Ces facteurs prédisposent au mécontentement et découragent le personnel, dont résulte une instabilité des services.

Un standard élevé est requis dans les services d'infirmières attachées au Plan d'Assurance-santé pour assurer le bien-être de la population et du personnel.

CONCLUSION

Ce rapport, préparé à la hâte, n'a pas été revisé par les membres de l'Exécutif de l'Association des Gardes-Malades du Canada, non plus par les Associations provinciales.

Il est alors à désirer que s'il y a besoin, discussion ultérieure de ce projet soit facilitée.

L'Association des Gardes-Malades du Canada désire assurer le Comité spécial de sécurité sociale que ses membres sont prêts à coopérer dans le développement d'un plan qui assure le bien-être et la santé du peuple canadien.

(Traduction)

Le PRÉSIDENT: Merci, mademoiselle Roy. La révérende mère Allaire, présidente du Conseil des hôpitaux catholiques, est aussi présente.

La révérende mère ALLAIRE, présidente du Conseil des hôpitaux catholiques, comité de l'assurance-maladie, est appelée.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, madame et messieurs du Comité, je représente ici la division des services d'infirmerie du Conseil des hôpitaux catholiques.

La présidente de l'Association des gardes-malades canadiennes vous a fait voir les divers aspects des services d'infirmerie au Canada; je vais donc m'en tenir à ce qui caractérise particulièrement les Sœurs hospitalières.

Comme l'infirmière laïque, la religieuse tâche d'assurer une meilleure santé à la population, elle fait sa part pour l'avancement de la science médicale, et en outre elle consacre sa vie tout entière à la vocation d'infirmière. C'est la clef de ses plus beaux succès, et cela lui permet de mieux sentir la beauté et le sérieux de la vocation de garde-malade.

Les sœurs hospitalières du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada sont des infirmières enregistrées. Elles soignent quotidiennement près de 21,000 patients. Au cours des vingt-cinq dernières années, le nombre de lits de leurs hôpitaux s'est triplé. Si l'on se rappelle que les hôpitaux de religieuses reçoivent peu ou pas de donations, cela fait voir l'œuvre généreuse accomplie par les Sœurs au bénéfice des malades du pays.

Leur travail s'étend aussi à la formation des gardes-malades. Sur 175 écoles de gardes-malades au Canada, 75 dépendent d'hôpitaux de religieuses, et accueillent chaque année environ 5,000 élèves.

La philosophie qui inspire les services hospitaliers des religieuses est différente de celle des autres hôpitaux. Cela tient pour une part au genre de vie des Sœurs, à leurs méthodes de former les gardes-malades et à leur manière d'administrer les services d'infirmerie; il y aurait donc avantage, semble-t-il, à ce que, dans l'organisation de l'assurance-maladie et dans la loi qui en régira l'application, l'on tienne compte suffisamment des communautés hospitalières, afin de préserver le plus possible leur système actuel d'hospitalisation ainsi que leurs méthodes de formation des infirmières.

Les religieuses qui constituent la division des services d'infirmerie du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada sont membres actifs de l'Association des gardes-malades canadiennes, mais leur situation dans le domaine des services d'infirmerie est très différente de celle de tous les autres membres; pour ce qui touche à l'hospitalisation, il semble donc justifiable et nécessaire de leur accorder une certaine représentation dans les conseils et les comités qui compléteront sans doute les commissions ou les ministères de la Santé administrant l'assurance-maladie.

J'ai tâché d'être aussi brève que possible. Le premier mémoire a été très bien présenté et il contenait beaucoup de détails. Je n'ai voulu montrer que les aspects particuliers de nos systèmes d'hospitalisation, et de nos méthodes de former les infirmières. Merci.

Le PRÉSIDENT: Nous avons aussi avec nous la révérende sœur Madeleine, qui représente les communautés religieuses d'infirmières catholiques.

La Révérende sœur MADELEINE DE JÉSUS, d'Ottawa, est appelée.

Le TÉMOIN: Monsieur le président et messieurs les distingués membres du Comité, je suis très heureuse d'approuver le contenu du mémoire présenté par Mlle Marion Lindeburgh au nom de l'Association des gardes-malades canadiennes. J'approuve de même le contenu du rapport de mère Allaire. Peut-être ferais-je bien de ne parler, moi aussi, que brièvement. Je tiens à dire que je suis très reconnaissante envers le docteur McCann de sa demande de nouvelles sommes pour la formation des infirmières. Je me proposais d'en parler.

Puis-je dire un mot, juste un mot, au sujet de l'œuvre des religieuses hospitalières, qui ont été les initiatrices, au pays, des services d'infirmerie. Au XVIIe siècle, les premiers hôpitaux, d'après ce que nous en savons, n'étaient tout au plus que des avants-postes. Ils se sont multipliés en nombre et en dimensions et il s'en trouve maintenant d'un littoral à l'autre. Nous avons 705 hôpitaux catholiques et 175 institutions spécialisées. J'ajouterai que, dans les régions éloignées dont on vient de parler et où les infirmières visiteuses peuvent difficilement se rendre et encore plus difficilement séjourner, on trouve des religieuses, venant des hôpitaux bénévoles, qui maintiennent des dispensaires et se dévouent à des œuvres sociales, souvent au prix de grands sacrifices. C'est en leur faveur que je voudrais dire un mot. Quand l'assurance-maladie entrera en vigueur, j'espère qu'on tiendra compte de leur œuvre, afin de ne pas y opposer d'obstacles, mais au contraire de la leur faciliter et de les aider à étendre encore le champ de leur mission de charité et de miséricorde; à la longue, ce travail vaudra au pays l'amélioration de la santé de sa population. Merci.

Le PRÉSIDENT: A-t-on d'autres questions à poser? Docteur Heagerty, avez-vous d'autres commentaires à faire?

Le Dr HEAGERTY: Pas sur l'hospitalisation.

L'hon. M. BRUCE: Comme membre de ce Comité et aussi en tant que médecin depuis de nombreuses années, je suis heureux de féliciter Mlle Lindeburgh et ses compagnes des excellents renseignements qu'elles nous ont donnés ce matin, et de les assurer de notre sympathie à l'endroit de l'œuvre des gardes-malades. S'il nous est possible de faire quelque chose pour leur permettre d'améliorer leur travail à l'avenir, nous le ferons.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur.

Mlle LINDEBURGH: Au nom de l'Association des gardes-malades canadiennes, je veux exprimer notre reconnaissance d'avoir été invitées à témoigner ici aujourd'hui. Je veux aussi vous remercier de nous avoir écouté avec tant de patience. Nous espérons que toute mesure qui sera prise le sera pour le bien de toute la population du Canada. Nous vous remercions de nouveau de la séance de ce matin.

M. PICARD: Il convient, je pense, qu'un député du Québec dise un mot pour reconnaître l'œuvre qu'accomplissent dans notre province les diverses communautés hospitalières. Durant des années et des années, la population du Québec n'a pu compter que sur les religieuses hospitalières. Plus tard il y eut progrès et nous avons maintenant des infirmières laïques qui font beaucoup de travail par toute la province et en des endroits où il ne serait pas possible, ou pas pratique, de fonder des institutions. Auparavant—jusqu'il y a cinquante ou soixante ans—nous devions compter uniquement sur le dévouement des congrégations religieuses. Il m'a fait grand plaisir, ce matin, d'entendre deux gardes-malades canadiennes-françaises présenter des travaux en un si bel anglais et exprimer si aimablement leur satisfaction de l'ordre du jour de ce matin. J'ai cru qu'il fallait, au nom de la population du Québec, dire un mot pour reconnaître l'œuvre qui s'accomplit actuellement.

Le PRÉSIDENT: Au nom du Comité, je veux exprimer mes remerciements sincères aux représentants des diverses associations d'infirmières pour leurs exposés de ce matin, et les assurer de notre appui moral. Nous ne pourrons nous réunir de nouveau avant la reprise de la session; j'espère qu'alors nous aurons tous lu attentivement et étudié les divers témoignages de ce matin.

Nous allons maintenant nous ajourner jusqu'à convocation du président. Merci.

Le Comité s'ajourne à midi quarante-cinq pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule nº 8

SÉANCE DU VENDREDI 7 MAI 1943

TÉMOINS:

Le docteur A. E. Archer, président du *Canadian Medical Council.*
Le docteur William Boyd, président de la Division de la lutte contre le cancer, *Canadian Medical Association.*
Le docteur Charles Vézina, doyen de la Faculté de médecine à l'Université Laval, Québec.
Le docteur G. E. Richards, professeur de radiologie, Toronto.
Le docteur Roscoe Graham, professeur de chirurgie, Toronto.
Le docteur Carleton B. Pierce, Montréal.
Le docteur Louis Berger, professeur de pathologie à l'Université Laval, Québec.
Le docteur T. C. Routley, secrétaire général de la *Canadian Medical Association.*
Le docteur J. J. Heagerty, Directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale.
M. H. M. Corbett, Creemore, Ont., et
M. John Burgess, Toronto, Ont., représentant la *Canadian Pharmaceutical Association.*

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le VENDREDI 7 mai 1943.

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, Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Claxton, Cleaver, Donnelly, Fulford, Gregory, Johnston (*Bow-River*), Lalonde, Leclerc, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGregor, McIlraith, Mayhew, Shaw, Veniot, Warren et Wood.—23.

Des exemplaires du rapport du Comité consultatif de l'assurance-maladie sont distribués aux membres.

Le docteur A. E. Archer, président du *Canadian Medical Council*, est appelé.

Il présente les témoins suivants:

Le docteur William Boyd, président de la Division de la lutte contre le cancer, *Canadian Medical Association*;

Le docteur Charles Vézina, doyen de la Faculté de médecine à l'Université Laval, Québec;

Le docteur G. E. Richards, professeur de radiologie, Toronto;

Le docteur Roscoe Graham, professeur de chirurgie, Toronto;

Le docteur Carleton B. Pierce, Montréal;

Le docteur Louis Berger, professeur de pathologie à l'Université Laval, Québec, et le docteur T. C. Routley, secrétaire général de la *Canadian Medical Association*.

Le docteur Boyd présente un mémoire traitant du cancer et les membres du Comité l'interrogent. Les médecins ci-dessus mentionnés et le docteur J. J. Heagerty, Directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale, sont aussi interrogés.

Le président remercie les témoins, qui se retirent.

M. H. M. Corbett, de Creemore, Ontario, et M. John Burgess, de Toronto, sont appelés. M. Burgess présente un mémoire au nom de la *Canadian Pharmaceutical Association*.

Le président remercie les témoins, qui se retirent.

A midi et 50, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mardi 11 mai, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

le 7 mai 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Nous avons avec nous aujourd'hui des représentants de la Division de la lutte contre le cancer, à la *Canadian Medical Association.* Je prierais le docteur Archer, président de la *Canadian Medical Association,* de nous présenter les témoins.

Le Dr A. E. ARCHER: Monsieur le président, honorable monsieur Mackenzie, madame Casselman et messieurs les membres du Comité, j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui les membres de la Division de la lutte contre le cancer à la *Canadian Medical Association.* Ce sont: le docteur Wm. Boyd, président de cette division, et professeur de pathologie à l'Université de Toronto; le docteur Charles Vézina, doyen de l'université Laval, que vous avez déjà entendu; le docteur G. E. Richards, professeur de radiologie à l'Université de Toronto; le docteur Roscoe Graham, professeur de chirurgie à l'Université de Toronto; le commandant chirurgien Carleton B. Pierce, professeur associé de radiologie à l'Université McGill; et le docteur Louis Berger, professeur de pathologie à l'Université Laval.

Le docteur WM. BOYD est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre, madame Casselman et messieurs les membres du Comité,

I. EXPOSÉ DU PROBLÈME

Le cancer est devenu l'une des plus sérieuses des maladies mortelles; il vient, à cet égard, en deuxième place, immédiatement après les affections cardiaques. La baisse considérable du taux général de mortalité dont notre siècle est témoin est en grande partie attribuable à l'enrayement des maladies contagieuses causées par la propagation des bactéries. D'autre part, le cancer est l'un des graves problèmes que la science n'a pas encore pu résoudre. Cette maladie est souvent caractérisée par de longues périodes de souffrance et d'invalidité. La médecine s'efforce, avec beaucoup de succès, de perfectionner ses procédés de diagnostic et de traitement. Les causes et la nature de cette maladie font l'objet de recherches extrêmement étendues. Voilà pourquoi il importe de ne pas négliger le cancer lorsqu'il s'agira d'établir un régime d'assurance-maladie.

(1) *Ravages croissants du cancer*

Le taux de mortalité du cancer a suivi une courbe ascendante soutenue. En 1926, il s'établissait, au Canada, à 81 par 100,000 âmes, et en 1941, il atteignait 117. A l'heure actuelle il existe en notre pays au moins 50,000 cas de cancer, et environ 13,000 personnes meurent de cette maladie chaque année. Il est probable qu'un adulte sur dix mourra du cancer. Le chiffre réel peut même être beaucoup plus élevé car les autopsies pratiquées dans les

grands hôpitaux révèlent que bien des malades souffraient d'un cancer insoupçonné. Pour une certaine proportion, l'augmentation constatée dans le monde entier est probablement due à de meilleures méthodes de diagnostic; elle tient aussi probablement à ce que le pourcentage de la population d'âge mûr tend vers la hausse. En effet, le cancer est essentiellement une maladie particulière aux gens avancés en âge. Ainsi le taux de mortalité atteint son maximum en Nouvelle-Ecosse (135.6 en 1940) et en Colombie-Britannique (147.5), provinces où la moyenne d'âge est la plus élevée. Par ailleurs, l'accroissement du taux d'incidence paraît être réel pour une partie de l'augmentation, mais nous ne sommes pas en mesure d'expliquer le fait d'une manière satisfaisante.

(2) *Enrayement du cancer*

Malgré qu'elle soit d'usage courant, l'expression "enrayement du cancer" est assez inexacte. Cette maladie n'est pas enrayable au même titre que la petite vérole, la tuberculose et les déficiences en vitamines. L'enrayement implique la prophylaxie et celle-ci n'est possible que lorsque les causes et la nature d'une maladie sont connues. Mais il y a moyen de lutter contre le cancer par le diagnostic et le traitement, et d'heureux résultats ont caractérisé le mouvement organisé en ce sens. Les deux conditions requises pour une lutte efficace sont le diagnostic et le traitement précoces.

Les autorités d'hygiène de tous les pays se sont spécialement efforcées de faciliter le diagnostic et le traitement précoces. Par exemple, le gouvernement suédois a établi à Stockholm un institut du cancer qui est reconnu comme un modèle de par le monde. De toutes les parties de la Suède, les malades sont amenés à cet institut pour traitement et, au besoin, le gouvernement prend les frais de transport à son compte. Il fournit le radium utilisé pour les traitements. Depuis la fondation de l'institut, des "cures en cinq ans" ont été obtenues dans 38.5 p. 100 des cas. A noter que ce chiffre comprend tous les cas de cancer, bénins comme avancés et même désespérés. La Norvège et le Danemark ont instauré un régime analogue. Le succès obtenu dans les pays scandinaves tient surtout à l'application des principes de la centralisation et de la spécialisation. D'autres pays en sont venus à la même conclusion.

(3) *Pourquoi le cancer exige des dispositions particulières*

On se demandera avec raison pourquoi il faut séparer le cancer du groupe général des maladies. Plusieurs raisons l'exigent. Le cancer est une maladie unique en son genre; sa nature demeure un mystère et ses causes intimes sont encore inconnues. Pour réussir, le traitement exige une somme extraordinaire d'organisation et de coopération. Il nécessite un personnel très spécialisé et l'emploi d'appareils et de matériel très coûteux; sa durée peut assez souvent se prolonger pendant des mois et des mois. Aucune autre maladie ne requiert au même degré l'établissement d'un système de surveillance; c'est là, en effet, la seule méthode qui permette de déterminer les résultats ultimes des diverses méthodes de traitement. A l'encontre des autres maladies, il peut y avoir récidive du cancer plusieurs années après la guérison apparente. Ce n'est pas là une deuxième attaque, mais bien une indication que l'affection primitive n'a pas été entièrement guérie.

(4) *Méthodes de traitement*

Le cancer débute par une lésion locale et tant qu'il reste à cet état accessible, il est guérissable. Malheureusement, quand la maladie est identifiée, elle peut avoir gagné du terrain. Le retard dans le diagnostic peut être attribué, pour une part, au médecin qui n'a pas immédiatement soupçonné que le cancer est la cause des symptômes dont se plaint le malade, et pour une part, au malade lui-même qui ne se rend pas compte du mal dont il souffre ou qui, étant convaincu de l'incurabilité de son affection, craint de consulter le médecin. Le

retard apporté au traitement peut être attribuable aux dépenses entraînées par le déplacement vers un centre de traitement, ou à la répugnance du malade à abandonner son travail pour faire traiter pendant une période plus ou moins prolongée une lésion ou une perturbation pathologique qui lui paraît insignifiante. Un système de surveillance convenable est indispensable, non seulement pour déterminer les résultats du traitement, mais aussi pour découvrir le plus tôt possible toute récidive de la maladie exigeant une nouvelle intervention du médecin.

A l'heure actuelle, il n'existe que deux méthodes reconnues de traiter cette maladie. La tumeur peut être enlevée par opération chirurgicale, ou traitée par procédé de radiation, comprenant le radium et les rayons-X. Les deux méthodes exigent, pour réussir, un fort degré de spécialisation. Cette observation s'applique également au radiologiste et au chirurgien. L'ablation chirurgicale d'un cancer qui prolifère est bien différente de l'ablation d'un appendice enflammé, et les radiations puissantes sont dangereuses à confier à d'autres que des experts. Les analyses statistiques font ressortir une grande différence dans les résultats du traitement, selon qu'il est effectué par un personnel très entraîné, disposant d'appareils spéciaux, ou par un personnel ou dans des conditions plus ordinaires.

Le meilleur traitement peut se donner dans des centres ou des cliniques spécialisées. Ces centres de traitement du cancer sont habituellement adjoints à des hôpitaux, mais il est possible d'établir des instituts séparés, selon les conditions locales, très variables. Les meilleurs procédés de diagnostic et de traitement sont disponibles dans ces centres, qui servent aussi à renseigner le public sur la maladie et sont susceptibles de provoquer la découverte de nouvelles méthodes de traitement. Le médecin moyen rencontre peu de cas de cancer dans le cours de l'année, tandis que les spécialistes d'un institut du cancer en voient un grand nombre.

La précocité du diagnostic et du traitement sont et doivent rester les deux principes essentiels. Quand l'incendie menace une maison, les deux choses que l'on demande sont l'existence de pompiers bien équipés et leur prompte arrivée sur les lieux.

II. INSTALLATIONS EXISTANT AU CANADA

Les installations suivantes pour le soin du cancer existent dans les diverses provinces du Canada.

Colombie-Britannique.—Le *British Columbia Cancer Institute* est un organisme demi-bénévole, actuellement aidé par le gouvernement provincial en raison de difficultés financières. Le gouvernement a fourni un approvisionnement de radium, mais l'Institut n'a pas encore de rayon-X puissants pour fins thérapeutiques. Des cliniques du cancer sont ouvertes à l'Hôpital général de Vancouver, à l'Hôpital Saint-Paul à Vancouver, ainsi qu'aux hôpitaux Jubilee et Saint-Joseph à Victoria.

Alberta.—L'Alberta possède deux cliniques pour le diagnostic du cancer, l'une à l'Université d'Edmonton, l'autre à l'hôpital Holy Cross, à Calgary. Ces cliniques fournissent gratuitement le diagnostic et le traitement, par radiation ou ablation.

Saskatchewan.—En Saskatchewan, le programme est confié à une Commission du cancer. Cette Commission a organisé deux cliniques, l'une à l'hôpital des Sœurs Grises à Regina, l'autre à l'hôpital civique de Saskatoon. Ces cliniques ne sont pas gratuites, mais si un malade n'est pas en mesure de payer les frais du diagnostic et du traitement, la municipalité de sa résidence les assume.

Manitoba.—Au Manitoba, la lutte contre le cancer tombe sous la juridiction du *Cancer Relief and Research Institute,* organisme créé par la loi et subventionné par l'Etat provincial. Deux cliniques fonctionnent, l'une à l'Hôpital général de Winnipeg, l'autre à l'hôpital de Saint-Boniface. Toutes deux sont placées sous la surveillance de l'Institut.

Ontario.—En Ontario, il existe sept centres, situés dans les hôpitaux généraux suivants: Hôpital général d'Ottawa; Hôpital civique d'Ottawa; Hôpital général de Kingston; Hôpital général de Toronto; Hôpital général de Hamilton; Hôpital Victoria de London; Hôpital Metropolitan de Windsor. Le gouvernement provincial leur prête du radium, qui lui a coûté environ $450,000. Le ministère de la Santé fournit aux cliniques des formules spéciales pour enregistrer les renseignements relatifs aux cas de cancer, et ces données sont compilées tous les ans par le statisticien du ministère.

Québec.—Dans la province de Québec, la lutte contre le cancer est conduite par l'Institut du Radium de Montréal et par le Centre anticancéreux de l'Université Laval, à Québec, tous deux subventionnés par l'Etat provincial, et par des cliniques dans les hôpitaux enseignants ci-après: Hôpital Royal Victoria et Hôpital général de Montréal, de l'Université McGill; Hôtel-Dieu de Québec, de l'Université Laval; Hôpital Notre-Dame de l'Université de Montréal. La note à payer dépend de la capacité de paiement du malade. Le traitement est gratuit pour ceux qui ne peuvent payer.

Nouveau-Brunswick.—Au Nouveau-Brunswick, une clinique fonctionne à l'Hôpital général de Saint-Jean.

Nouvelle-Ecosse.—Un Comité du cancer est institué à l'Hôpital général Victoria, à Halifax. Ce Comité examine les malades envoyés de toute la province, et recommande le traitement à fournir. L'hôpital dispose d'installations de radium et de rayons-X. Le traitement est fourni gratuitement aux malades qui ne peuvent payer.

Ile du Prince-Edouard.—L'Ile du Prince-Edouard ne possède pas de clinique ou d'organisme analogue spécialisé dans le diagnostic et le traitement du cancer.

Telles sont, en résumé, les installations existant au Canada pour le diagnostic et le traitement du cancer. La plus forte critique, s'il y a lieu d'en faire, porterait sur les grandes différences qui existent entre elles, selon les moyens financiers des provinces. A peu d'exception près ces installations sont dues à des efforts individuels plutôt qu'à des groupes organisés. Dans plusieurs cas, elles ne sont pas à la hauteur de la médecine moderne.

III. PRINCIPES GÉNÉRAUX D'ORGANISATION

La Division de la lutte contre le cancer de la *Canadian Medical Association* a soigneusement étudié la question, par l'organe de son comité exécutif, en consultation avec des représentants des diverses provinces. A la suite de cette étude, le comité propose la prise en considération des principes généraux d'organisation qui suivent:

1. La diagnostic et le traitement du cancer devraient être compris dans la partie de la Loi sur la santé nationale traitant de l'assurance-maladie plutôt que dans la partie relative à l'hygiène publique.

2. La partie traitant de l'assurance-maladie et/ou la première annexe de la Loi s'y rapportant devraient attribuer la responsabilité du diagnostic, du traitement et des recherches, en ce qui concerne le cancer, conjointement au gouvernement fédéral et aux gouvernements provinciaux, ainsi qu'aux associations médicales provinciales, aux facultés de médecins des universités et aux hôpitaux et centres intéressés. Il peut être opportun d'ajouter un

organisme fédéral aux organismes provinciaux recommandés ci-dessous. En ce cas, l'organisme fédéral comprendrait un représentant du Conseil national de recherches.

3. Le cancer est une maladie qui exige, pour être bien soignée, la centralisation du diagnostic et du traitement.

4. Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ne doivent tolérer l'existence d'aucun obstacle, financier ou géographique, empêchant un malade de recevoir un prompt et bon traitement.

5. Un plan modèle de lutte anticancéreuse devrait être approuvé, et incorporé soit dans la partie du bill traitant de l'assurance-maladie, soit dans les règlements d'application du bill, à l'article 4 de la partie fédérale du projet.

IV. RECOMMANDATIONS

A l'égard de ce plan, le comité désire présenter les recommandations suivantes:

1. Qu'il soit obligatoire de signaler les cas de cancer aux autorités compétentes de la province, en indiquant les procédés de diagnostic employés.

Il n'est pas habituel, il est vrai, de rendre obligatoire la déclaration des maladies non infectieuses, puisque le but de la déclaration est de nature préventive et qu'on ne connaît pas, à l'heure actuelle, de remède préventif du cancer. Le comité estime, toutefois, que cette obligation favorisera les progrès de nos méthodes de traitement, puisque notre seul moyen scientifique de déterminer la valeur des traitements reside dans l'analyse statistique des données. De nombreux cas de cancer sont découverts et traités chaque année, dans tout le Canada, sans fournir de renseignements précis sur le résultat final. D'autres cas nombreux sont découverts et traités par des méthodes non médicales, dont le succès ne peut s'évaluer, dans les conditions actuelles. Pour fournir un tableau d'ensemble de la situation, il faut que tous les cas, dans toutes les provinces, soient signalés à un bureau central, quel que soit la méthode de traitement.

2. Que les dispositions voulues soient prises pour l'analyse statistique des données relatives au cancer. L'importance majeure de la méthode statistique vient d'être expliquée.

3. Que la Commission provinciale d'assurance-maladie institue un organisme...

Monsieur le président, nous n'avons pas donné de nom à cet organisme; nous l'appellerons "l'organisme"...

pour établir une liaison entre toutes les initiatives anticancéreuses et pour recevoir et analyser des rapports et des statistiques, et que le bureau du statisticien médical soit attaché à cet organisme.

4. Que cet organisme comprenne un représentant de chaque école de médecine de la province, de l'association ou des associations médicales de la province, du ministère provincial de la Santé, et, ultérieurement, de chacun des centres de traitement du cancer approuvé par les représentants susdits.

Une certaine latitude doit être accordée aux diverses provinces, en raison des différences de situation qui peuvent exister dans le pays.

Fonctions de l'organisme provincial

Les fonctions générales de l'organisme ainsi nommé par la Commission provinciale d'assurance-maladie seraient les suivantes:

(*a*) Fournir des conseils sur l'organisation et le personnel des centres de diagnostic et de traitement du cancer;

(*b*) Aider ces centres dans le traitement du cancer, en leur fournissant des fonds, du radium et du matériel;

(*c*) Faciliter, par l'intermédiaire de la Commission provinciale d'assurance-maladie, l'installation de cliniques et moyens de diagnostic, même dans les districts éloignés;

(*d*) Recevoir les subventions, les dons et les legs, et administrer toutes les sommes reçues;

(*e*) S'occuper du transport des patients demeurant à une certaine distance des centres médicaux;

(*f*) Participer à un plan général de formation des médecins et des infirmières, et collaborer, pour l'éducation du public, avec la Société canadienne de la prévention du cancer, qui est—si vous me permettez cette explication, monsieur le président—une société de profanes déjà existante;

(*g*) Encourager les recherches portant sur le cancer, en particulier au point de vue des problèmes de clinique et de technique;

(*h*) Assurer des services convenables (1) aux hôpitaux pour convalescents et (2) aux hôpitaux pour incurables, chaque province devant déterminer elle-même le nombre, les dimensions et l'emplacement de ces institutions;

(*i*) Que soit mis à la disposition du médecin en chef de la région, nommé en vertu de l'article 44-3 (*e*) de l'avant-projet de loi, un personnel (service social, infirmières ou secrétaires) chargé d'obtenir sur les cancéreux les renseignements demandés par l'organisme provincial de la prévention du cancer, et en général de maintenir la liaison entre le cancéreux, son médecin et le bureau central ou le centre de traitement;

(*j*) Organiser un bureau d'enquête pour suivre les cas de guérison. L'organisme provincial pourra s'acquitter de cette fonction au nom du gouvernement fédéral, comme la chose se fait déjà pour les enquêtes relatives à la Loi des aliments et drogues.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Boyd. A-t-on des questions à poser?

M. CLEAVER: J'ai deux brèves questions. Docteur Boyd, voudriez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par "cures de cinq ans", à la deuxième page de votre travail, au deuxième alinéa de l'article portant sur l'enrayement du cancer?

Le Dr BOYD: Je crois, monsieur le président, que mes collègues les chirurgiens et les radiologistes auraient, plus que moi, qualité pour répondre à certaines de ces questions; mais je crois pouvoir dire que dans la cure du cancer, à la différence des autres cures, nous ne sommes jamais sûrs du résultat final des traitements. Comme je l'ai déjà dit, le mal peut revenir après plusieurs années. Nous appelons cures de cinq années les cures après cinq années desquelles le malade semble complètement guéri. Peut-être, monsieur le président, que d'aucuns parmi mes collègues les spécialistes aimeraient à en dire plus long là-dessus.

M. CLEAVER: Ma seconde question, monsieur le président, se rapporte à une phrase de la page 9:

> Il n'est pas habituel, il est vrai de rendre obligatoire la déclaration des maladies non infectieuses.

Est-ce un fait reconnu que le cancer n'est pas contagieux?

Le Dr BOYD: Jusqu'ici nous ne le connaissons pas encore comme contagieux.

M. CLEAVER: Merci, docteur.

Le PRÉSIDENT: Docteur Richards, auriez-vous quelque chose à nous dire au sujet de la première question?

Le Dr RICHARDS: Je trouve, monsieur le président, que le Dr Boyd y a apporté une réponse complète. Une cure de cinq ans, c'est celle des sujets qui, après cinq années, sont encore en vie et ne manifestent aucun symptôme de cancer. Cette méthode de classement des résultats de cures est reconnue et adoptée par les statisticiens du monde entier.

M. CLEAVER: Dois-je comprendre qu'il faut se faire traiter durant cinq ans pour en arriver là, ou que, cinq années après le traitement, on examine le malade pour constater sa guérison?

Le Dr RICHARDS: Monsieur le président, cela veut dire que cinq ans après la fin du traitement et après la guérison apparente, le patient n'a pas été repris de la maladie.

Le PRÉSIDENT: Docteur Graham, avez-vous quelque chose à dire?

Le Dr GRAHAM: Pour expliciter l'expression "cures de cinq ans", certains rapports statistiques les qualifient de cas de survie au bout de cinq années.

M. VENIOT: Monsieur le président, afin d'éclaircir un peu le problème du cancer tandis que nous avons à notre disposition les membres du comité du cancer, j'aimerais poser cinq ou six questions très brèves.

D'abord, quels genres de cancers peuvent être traités par la chirurgie?

Le PRÉSIDENT: Nous allons prendre vos questions une à une.

M. VENIOT: Oui.

Le Dr BOYD: Monsieur le président, nous pourrions demander au docteur Roscoe Graham de répondre à cette question.

Le Dr GRAHAM: Monsieur le président, les genres de cancer qui relèvent de la chirurgie sont évidemment ceux qui ne sont pas superficiels, en particulier ceux des poumons, des intestins, de l'estomac et des tissus difficiles à atteindre de l'appareil biliaire. Le cancer du sein relève en même temps de la thérapeutique, mais seule la chirurgie peut s'occuper des cancers gastro-intestinaux et pulmonaires.

M. VENIOT: Quelles sortes de cancers peuvent être traités par radiations?

Le Dr RICHARDS: Monsieur le président, monsieur le ministre, le domaine de la radiumthérapie se divise en trois parties. D'abord les cas qui se traitent seulement par radiothérapie, comme les cancers de la lèvre, de la bouche et de la gorge; certains cas sont traités en même temps par la chirurgie, mais on les abandonne de plus en plus à la radiumthérapie; viennent ensuite les cancers de l'utérus ainsi que les cancers superficiels de la peau et certains cancers du sein. La seconde partie comprend les cas traités aussi par la chirurgie. Le docteur Graham a parlé de certains de ces cancers, ceux du sein et en général les nombreux cancers dont l'ablation complète n'a pas été réussie ou est impossible. Enfin, le troisième rôle de la radiumthérapie est d'adoucir les souffrances et de prolonger la vie; son objet est donc de guérir le cancer, lorsque c'est possible, et, dans le cas contraire, d'exempter au malade le plus de souffrances possibles.

De récentes statistiques de la Commission nationale du radium, en Angleterre, nous disent qu'un peu plus de 50 p. 100 des cas de cancer sous traitement peuvent bénéficier d'une forme quelconque de radiumthérapie à quelque phase de la maladie.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur.

M. VENIOT: Est-il possible de faire l'éducation du public au sujet du traitement du cancer?

Le Dr BOYD: Je crois que le docteur Vézina pourrait répondre à cette question.

Le Dr CHARLES VÉZINA:

(Texte)

L'éducation du public est un des facteurs les plus importants dans la lutte contre le cancer. Si nous voulons guérir le cancer, il faut le traiter au début, alors qu'il est localisé. Nous aurons beau avoir des chirurgiens et des radiothérapeutes très compétents et des appareils puissants et très perfectionnés, si le malade ne consulte que lorsque son cancer est généralisé il n'y aura rien à faire. Par conséquent, il faut faire l'éducation du public en lui enseignant les signes du début des différents cancers et en insistant pour qu'il aille consulter le médecin. Cette éducation doit être faite par les médecins, les gardes-malades.

Il faut, de plus, enlever de l'idée des malades que le cancer est une maladie qui ne peut pas guérir.

A Québec, il y a quelques années, nous avons organisé une semaine contre le cancer; conférences publiques et à la radio, tracts, exposition de pièces anatomiques des différents cancers, statistiques, etc.

Nous sommes d'avis qu'après cette semaine d'éducation les malades sont venus consulter plus tôt.

Il faut, par conséquent, faire souvent ces campagnes d'éducation du public.

Nous sommes sûrs que c'est un des facteurs très importants dans la lutte contre le cancer.

(*Traduction*)

M. VENIOT: Voici ma question suivante: quelles sortes de recherches sur le cancer peut-on faire au Canada?

Le Dr BOYD: Les recherches sur le cancer peuvent se diviser en deux sections principales. La première serait la section académique, ou fondamentale, c'est-à-dire celle des recherches de laboratoire portant sur la cause du cancer et sa nature. Ce genre de travail convient surtout, je crois, aux universités. L'autre section comprendrait les recherches de clinique, ou appliquées, (d'une importance extrême), qui consistent à trouver de nouvelles méthodes de traitement et à améliorer les anciennes méthodes, en chirurgie et en radiothérapie. Elles conviennent avant tout aux centre de traitement du cancer, où se trouvent réunis un grand nombre de malades et de spécialistes très expérimentés.

Le PRÉSIDENT: Docteur Boyd, se fait-il actuellement, au Canada, un travail intensif de recherches sur le cancer?

Le Dr BOYD: Non. Il se poursuit certaines recherches dans quelques universités, et le regretté sir Frederick Banting s'y intéressait beaucoup et y consacrait, avant la guerre, une grande partie de son temps. Mais je crois que je puis répondre non.

M. VENIOT: Le docteur Boyd croit-il qu'il faille enseigner à nos médecins la détection des premiers symptômes du cancer?

Le Dr BOYD: Je pense que le Dr Carleton Pierce pourrait vous répondre.

Le Dr PIERCE: Monsieur le président, monsieur le ministre, je réponds oui, avec les explications suivantes. La plupart des cancéreux viennent aux centres de traitement seulement lorsque leur mal en est à ses derniers stades. On peut attribuer cela—et la chose a été souvent établie—à la détection tardive du mal. Il faut tenir compte, naturellement, du retard des cancéreux à visiter leurs médecins, même lorsqu'ils se sentent malades; mais souvent ils se présentent et sont soignés pour une autre maladie. L'erreur est fréquente surtout dans les cas de cancers de l'intestin ou de l'estomac, qui présentent souvent des symptômes imprécis. Il faudrait faire examiner les malades avec attention par des médecins capables de reconnaître la signification cancéreuse de ces symptômes.

Beaucoup de petites tumeurs, que le profane ou le médecin non averti ne verrait pas ou négligerait, sont d'autant plus dangereuses qu'elles s'accompagnent souvent de métastases éloignées et sérieuses, ce qui répand dangereusement le mal; s'il s'agissait, au contraire, d'une grosse tumeur, le malade et le médecin reconnaîtraient aussitôt le cancer. Enfiin, le médecin doit pouvoir avertir le malade de la possibilité et des moyens d'enrayer le mal; il doit pouvoir l'examiner dès le début de la maladie, surtout si c'est une femme; il doit aussi reconnaître ces premiers symptômes et savoir s'il doit se fier à son propre examen ou recourir à un médecin plus spécialisé.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Pierce.

M. VENIOT: Pourquoi attribuez-vous, à la page onze, une importance particulière au problème du transport des cancéreux?

Le Dr RICHARDS: Monsieur le président, les succès obtenus en Suède par l'organisme contre le cancer proviennent en partie des dispositions nécessaires prises pour que les malades soient transportés, dès le début de la maladie, au centres médicaux, et pour qu'ils visitent ces endroits aussi souvent que la chose est nécessaire, pour examen et soins. Au Canada, les distances sont souvent trop grandes. Dans bien des cas, les malades négligent de consulter à cause de la dépense que nécessite une visite à un centre médical, et, il est très difficile de faire revenir les malades fréquemment, une fois le traitement terminé, pour s'assurer si la maladie est bien enrayée ou s'il y a récidive, et dans ce dernier cas, pour la constater assez tôt afin que le malade puisse être traité avec quelque chance de succès. Selon ce que nous avons constaté dans l'Ontario, aucun des problèmes qui se posent à l'égard du cancer n'exige une solution immédiate comme celui d'assurer qu'il n'y aura pas de difficulté quant au transport des cancéreux aux centres de traitement.

M. VENIOT: Le mémoire qui vient d'être présenté, monsieur le président, recommande que le diagnostic et les traitements du cancer soient inclus dans la section du projet de loi concernant l'assurance-maladie plutôt que dans la section relative à l'hygiène publique. Quelle est la raison particulière de cette recommandation?

Le Dr BOYD: Monsieur le président, à l'heure actuelle, l'expression hygiène publique est employée au Canada pour désigner la prévention d'une maladie. Nous avons lu dans la presse que nous ne sommes pas encore en mesure de prévenir le cancer sauf, peut-être, pour une ou deux exceptions de peu d'importance. Il est vrai que des maladies sont traitées comme il le convient par des médecins s'occupant d'hygiène publique, mais il s'agit dans ce cas, de maladies pour lesquelles le traitement, le traitement efficace, est nécessaire pour la prévention. Considérons la tuberculose; un des moyens de prévenir la tuberculose est de traiter les cas déjà existant qui sont des foyers d'infection provoquant de nouveaux cas. Mais ceci ne s'applique pas du tout au cancer. Il y a aussi l'exemple des maladies mentales qui sont traitées efficacement par les autorités d'hygiène publique. Les maladies mentales sont dans une classe à part par suite des relations entre le malade et ses voisins; le malade peut être une menace pour ses voisins. Cela ne se produit pas lorsqu'il s'agit du cancer; le problème du cancer dépasse tous les problèmes de diagnostic et de traitement, et nous sommes d'avis,—mon comité et les représentants de l'association dans les diverses provinces,—qu'il est préférable d'inclure cette maladie dans la section du projet de loi qui concerne l'assurance plutôt que dans celle qui concerne l'hygiène publique.

M. VENIOT: Pourquoi la centralisation du traitement du cancer est-elle désirable?

Le Dr BERGER: Monsieur le président, je crois la centralisation hautement désirable à cause de la complexité du problème et du rôle résultant sur lequel

ont insisté les orateurs précédents. Nous avons tout d'abord la campagne d'éducation. Celle-ci devrait être entreprise à la lumière des observations faites dans des cas nombreux et des cas nombreux ne peuvent être fournis que par des organismes très répandus. Il faut ensuite l'envisager du point de vue clinique, et il nous faut alors des personnes de grande expérience à cause de la difficulté à découvrir le cancer. Il y a ensuite le pronostic et nous devrions considérer les services biologiques, c'est-à-dire les diagnostics au moyen des spécimens de tissus prélevés sur les cancéreux. De plus, le cours de pathologie est assez long, et je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de pathologistes au Canada. Vu leur rareté, il est donc désirable que la centralisation soit assez intensive.

Le point suivant est le traitement—chirurgie, radiologie et radium. Le traitement chirurgical du cancer n'est pas comme la chirurgie ordinaire; il nécessite des spécialistes, une technique plus délicate que pour la chirurgie ordinaire, et, par conséquent, quelques chirurgiens devraient suivre des cours spéciaux pour le traitement du cancer; en un mot, il devrait y avoir spécialisation. Quant à la radiologie, nous avons besoin de techniciens en roentgenthérapie profonde—non seulement pour 200,000 ou 400,000 volts ou même 1,000,000 de volts, mais, comme quelqu'un l'a dit, pour 2,000,000 de volts, 3,000,000 et 4,000,000 de volts. C'est une dépense considérable et cela exige également un personnel hautement spécialisé. Je ne crois pas que les petits centres puissent supporter cette dépense, ni avoir le personnel nécessaire. La même chose est vraie pour le radium. Quant au coût du radium, il baisse actuellement. La technique du radium est assez difficile. Il y a plusieurs méthodes d'administrer le radium. Il y a également l'utilisation d'émanations, procédé qui réduit le coût et qui est indiqué dans des cas spéciaux. Les petits centres ne peuvent certainement pas recourir à cette méthode; elle devrait être administrée par un service spécial de spécialistes, que l'on trouve habituellement dans les grandes institutions telles que les universités. Vient ensuite la question des recherches. Aujourd'hui, la recherche, la recherche étendue du cancer nécessite coopération. Les petits centres auraient de la difficulté à obtenir la coopération nécessaire à la conduite des recherches. Cela exige un personnel nombreux, comme le docteur Boyd l'a dit. Il existe à cet égard deux facteurs: les recherches académiques, qui ne peuvent être poursuivies que par affiliation à des centres universitaires; et le travail de clinique pratique qui exige un personnel hautement spécialisé. Je ne crois pas que la centralisation exclue ces centres plus petits. Par exemple, ils pourraient utiliser les moyens déjà existants et faire usage des cliniques de cancer et de tumeurs établies.

M. VENIOT: Voici ma dernière question: pourquoi des hôpitaux spéciaux seraient-ils nécessaires ou désirables pour les cancéreux convalescents ou incurables?

Le Dr RICHARDS: Monsieur le président, puis-je faire une remarque en réponse à cette dernière question, qui s'applique également à la précédente. Il est dit dans le mémoire que le cancer est une maladie unique en son genre. Elle est unique sous un rapport; un cancéreux a une chance d'être guéri par le traitement. Il peut en avoir deux, mais si la première ou la seconde ne réussit pas, bien rarement il sera guéri. Par conséquent, il est essentiel que les premières démarches soient orientées dans la bonne direction et, suivant moi, c'est là le meilleur argument en faveur de la centralisation, car le malade est placé sous les soins d'un expert et d'un personnel hautement compétent. Les relevés indiquent que des patients qui ont été traités sans succès ailleurs et qui viennent à ces cliniques accusent un pourcentage de guérison beaucoup moins élevé que ceux qui ont été traités aux cliniques dès le début de la maladie.

La même chose s'applique à la nécessité d'hôpitaux de convalescents. Ceci s'applique aux malades qui parcourent une assez grande distance pour se

rendre à la clinique. La première phase du traitement terminée, le malade devrait être gardé sous observation dans un milieu approprié, sous la surveillance du personnel qui administre le traitement à la clinique jusqu'à ce que l'on constate que le traitement a produit ou produira des résultats. Cela peut nécessiter un ou deux mois, peut-être même trois; mais si durant ce temps, le malade est retourné chez lui, à plusieurs milles de distance, et qu'il se présente des symptômes nécessitant un traitement immédiat, le temps opportun pour ce traitement peut être perdu. Les centres de traitement accueillant 1,000 nouveaux malades par année n'ont pas besoin d'hôpitaux très spacieux; un hôpital de convalescents de trente à cinquante lits suffirait.

Enfin, cette question a trait aussi aux cas de cancer incurables. Il n'y a rien de plus triste au monde qu'un malade souffrant d'un cancer incurable et qui peut être douloureux; il est donc du devoir de ceux qui font partie d'organismes pour le traitement du cancer de veiller à ce que le malade soit traité avec douceur, avec bienveillance et avec toutes ressources de l'art afin que, s'il ne peut pas être guéri, ses derniers jours soient, le plus humainement possible, exempts de souffrance. Présentement nos moyens pour ce genre de traitement médical ne sont pas ce qu'ils devraient être. Cela s'applique, je crois, à toutes les parties du Canada.

Le PRÉSIDENT: Est-il possible d'expliquer convenablement l'augmentation, en quinze ans, de 81 cas par 100,000 de population au Canada à 117 par 100,000, comme il en est fait mention à la première page du mémoire?

Le Dr RICHARDS: Monsieur le président, je crois que le professeur Boyd a répondu en grande partie à cette question. Je ne parle maintenant que de mémoire et je ne puis pas vous donner une citation plus exacte. Un article a été publié récemment par la *Metropolitan Life Insurance Company* ou un autre organisme important s'adonnant à l'étude du cancer. On y prédit l'augmentation future des cas de cancer jusque vers 1960 ou 1970 alors qu'en dépit des efforts de la profession médicale et des organismes gouvernementaux, le niveau sera encore plus élevé qu'aujourd'hui. L'augmentation est due en grande partie au fait que la moyenne d'âge de la population est à la hausse et se stabilise à un chiffre plus élevé. Il est vrai que cela n'explique pas l'augmentation dans son ensemble et je crois qu'il y a dans le cas du taux d'incidence du cancer une augmentation que je crains ne pouvoir expliquer.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur.

M. CLEAVER: Docteur, puis-je vous poser deux questions basées sur la réponse fournie à la quatrième question du docteur Veniot. La réponse avait trait au travail de recherche qui devrait être fait pour trouver la cause du cancer, et ma question est la suivante: l'incidence du cancer est-elle particulière à certains groupes ou à certains individus et se rapporte-t-elle à leur genre d'occupation ou d'emploi? L'hérédité influe-t-elle sur cette incidence?

Le Dr BOYD: L'horloge vient de sonner midi, et un membre du Comité a posé une question touchant l'hérédité. Je vais faire en sorte de répondre à la première question. Ma réponse est oui, quant au rapport de certains emplois avec le cancer d'organes spécifiques. Les employés d'usines de teinture à l'aniline souffrent du cancer de la vessie à un degré plus élevé que le reste de la population. La teinture est absorbée et excretée dans l'urine; elle atteint la vessie et cause le cancer. Un des cas les plus fameux, est le cancer des poumons qui est très commun dans une certaine industrie minière de la Bohème—ce qu'on avait l'habitude d'appeler la Bohème; je ne connais pas son statut actuel. On sait qu'un fort pourcentage des décès ainsi causés depuis 400 ans, est dû à un dépérissement accompagné d'un changement dans les poumons. On a cru tout d'abord qu'il s'agissait de tuberculose, mais on sait maintenant que c'est un cancer qui, par conséquent, se range dans les maladies industrielles.

M. CLEAVER: Docteur, quant aux cas de cancer provenant du genre d'emploi, les organismes d'hygiène publique devraient être directement intéressés à améliorer les conditions de travail qui sont susceptibles de causer une augmentation des cas de cancer, n'est-ce pas?

Le Dr BOYD: Oui, il y a des cas où des mesures préventives peuvent être prises.

M. CLEAVER: Auriez-vous objection à répondre à la deuxième partie de la question touchant l'hérédité?

Le Dr BOYD: Monsieur le président, je préférerais m'abstenir de répondre à cette question; elle est trop difficile.

M. FULFORD: Monsieur le président, il n'existe pas de traitement pour les cancéreux, dans les diverses provinces, comme pour les tuberculeux. Fait singulier, juste avant la vacance de Pâques, on m'a signalé le cas d'un cultivateur qui avait été envoyé, comme malade indigent, à l'Hôpital Général de Kingston, par le canton où il demeurait. Il souffrait de cancer du rectum. Après qu'il eut reçu un certain nombre de traitements, la paroisse refusa de continuer le paiement de nouveaux traitements bien que le malade ne fût pas guéri; il aurait fallu l'envoyer à l'hospice du comté de Leeds n'eût été un groupe de ses amis qui sont venus à son aide. N'ayant pas les moyens de le laisser à l'Hôpital Général de Kingston, ils ont fait en sorte d'adoucir ce qui semble être ses derniers jours, en payant eux-mêmes sa pension chez un fermier. Mardi dernier, j'ai parcouru une distance de vingt milles pour le visiter et je puis vous assurer, monsieur le président, qu'après avoir vu ce malheureux dans les dernières phases du désespoir, agonisant et souffrant les tourments d'un damné, je suis plus que convaincu de la nécessité qu'il y a pour nous de fournir à ceux qui ne peuvent pas se les procurer, les traitements dont ils ont besoin. Je crois que dans un cas de ce genre la municipalité devrait être obligée par la loi—provinciale ou fédérale, cela m'est égal—à faire garder l'homme à l'hôpital jusqu'à ce qu'il soit guéri ou déclaré incurable. S'il y a moyen de le guérir, on devrait prendre des mesures pour le soigner et non pas l'envoyer à l'hospice.

Le Dr HEAGERTY: Je tiens à éclaircir un point sur la question de traitement. Toute personne assurée aura droit à des traitements pour le cancer. La seule raison pour laquelle nous avons pris des dispositions spéciales en cas de tuberculose et de maladies mentales est que ces maladies nécessitent un long traitement. Nous avons pensé que nous pourrions exclure les cas qui demandent un long traitement des dispositions du projet de loi sur l'assurance-maladie, par l'octroi de subsides spéciaux aux provinces qui consentiraient à s'en occuper. Mais nous n'avons pris aucune disposition à l'égard du cancer, de sorte que tout le monde aura droit au traitement pour le cancer. La seule difficulté que je puisse prévoir est celle des cas incurables dans lesquels il est nécessaire de continuer le traitement assez longtemps, un an ou davantage. Dans ces cas, le fonds ne pourrait pas faire face à la dépense; ce n'est qu'une question d'argent dans le cas de maladies mentales et de tuberculose, de sorte qu'il n'est réellement pas nécessaire de transférer le paragraphe du cancer de la troisième Annexe à la page 51 qui dit:

> Pour faciliter un diagnostic précoce par l'entremise d'hôpitaux, de cliniques et autres moyens; et pour coopérer avec des organismes volontaires dans un programme éducatif.

Ainsi, les fonds à fournir sous cette rubrique étaient destinés à la lutte contre le cancer ou à la prévention et à la lutte et non pas au traitement. Nous espérons que l'argent ne manquera pas pour le traitement. Toutefois, la suggestion du docteur Boyd ne fait que réitérer ce qui a été proposé à la réunion du conseil général de la *Canadian Medical Association*, à l'effet que des dispositions spéciales devraient être insérées dans la section sur l'assurance-maladie. Je

suis moi-même d'avis que le moment est arrivé de reconnaître la responsabilité du Dominion en ce qui concerne certains problèmes de santé nationale. Nous n'en sommes pas encore arrivés là; le Canada n'a jamais assumé de responsabilité en cas de maternité, décès infantiles, tuberculose, maladies mentales ou cancer, et ce sont là pourtant des problèmes de santé nationale. Je suggère au Comité d'étudier les propositions du docteur Boyd et de ses collègues et de soumettre les recommandations jugées nécessaires au comité consultatif de l'assurance-maladie pour nous permettre de les étudier, et je propose en fait que nous discutions la question à fond.

M. JOHNSTON: Si je comprends bien le Dr Heagerty—il a appuyé sur le point à deux reprises—seuls ceux qui paient la prime d'assurance auront droit au traitement pour le cancer. S'il en est ainsi, il me semble que nous sommes loin de nos idées sur la sécurité sociale, parce que si le traitement ne s'applique pas à toutes les victimes du cancer, ce sera simplement une question de moyens financiers. A mon avis, cela n'est pas juste. J'aimerais voir le docteur nous donner quelques éclaircissements à ce sujet.

Le Dr HEAGERTY: Le projet de loi contient des dispositions pour inclure tout le monde; j'entends par là l'article 2 du projet de loi provincial. Les provinces peuvent l'appliquer à tout le monde, aux riches comme aux pauvres. Dans ce cas, tout le monde sera traité pour le cancer et toutes les autres maladies, parce que tout le monde sera assuré. Mais peut-être que toutes les provinces ne voudront pas inclure tout le monde dans la province. Nous désirons qu'elles le fassent; nous aimerions que tout le monde en fasse partie; nous voulons que tout le monde en soit. Mais la question doit être décidée en grande mesure par les provinces, par les professions et par la commission, mais la loi prescrit que le traitement s'applique à tout le monde.

M. JOHNSTON: J'ai une autre question au sujet d'une phrase qui figure à la page 9, vers la fin de l'alinéa du milieu:

> D'autres cas nombreux sont découverts et traités par des méthodes non médicales dont le succès ne peut s'évaluer, dans les conditions actuelles.

Quelles sont ces méthodes non médicales?

Le Dr BOYD: Au cours des années on entend dire ou on dit que certaines découvertes, autres que celles des médecins, donnent l'espoir de produire de bons résultats dans le traitement du cancer. On apprend quelquefois que dans un certain cas le résultat paraît satisfaisant, mais on soupçonne qu'il n'en a pas été ainsi dans bien d'autres cas. Ceux-là, on n'en entend pas parler, et nous sommes d'avis qu'en prenant note de tous ces cas et en enregistrant tous les détails au bureau central, il sera possible, particulièrement dans le cas de l'organisme suggéré à la fin des recommandations du rapport, de déterminer s'il y a réellement quelque chose de bon dans ces méthodes. Les deux méthodes décrites dans le mémoire sont la chirurgie, c'est-à-dire l'ablation de la tumeur, et la radiation. Les autres sont des méthodes non médicales.

M. SHAW: Monsieur le président, je devrais peut-être adresser ma question au docteur Heagerty, mais étant donné que la médecine n'a pas encore trouvé une cure efficace du cancer, est-ce que le gouvernement aurait l'intention, sous les auspices d'un plan d'assurance-maladie, d'encourager toutes les méthodes non médicales de traitement susceptibles d'offrir le moindre espoir de succès?

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président, mesdames et messieurs, naturellement, ce qui est le plus important dans l'affaire, c'est le diagnostic, et la difficulté qui confronte ceux qui ne sont pas médecins est de faire un diagnostic. Il est vraiment malheureux que tant de personnes qui n'emploient pas les méthodes reconnues de traitement soient incapables de faire un diagnostic, et par conséquent le malade meurt.

M. SHAW: Je reconnais, docteur, qu'il faudrait prendre les plus grandes précautions en permettant à d'autres personnes d'expérimenter, si je peux employer ce mot, mais tout de même nous sommes à une période de transition et nous ne savons jamais ce qui va arriver au point de vue scientifique. J'estime que nous devrions encourager toutes les personnes ou tous les groupes de personnes qui croient avoir découvert une méthode pouvant donner de bons résultats dans la guérison du cancer. Je dis cela précisément parce que nous n'avons pas encore trouvé de cure pour le cancer.

Le Dr HEAGERTY: Permettez-moi de répondre à cela. Chaque année, au ministère des Pensions et de la Santé nationale nous recevons des demandes d'enregistrement de remèdes brevetés pour la cure du cancer. Il nous en arrive des quantités, et il y en a tant qui ne valent rien que nous ne nous en occupons pas beaucoup; souvent il a fallu que quelqu'un fasse une enquête pour découvrir si certaines guérisons étaient authentiques et en conséquence une commission du cancer a été établie en Ontario. Vous êtes mieux renseigné que moi à ce sujet, docteur Boyd, et un grand nombre de remèdes pour le cancer ont été examinés et ils ont tous été trouvés sans valeur. La profession médicale est obligée de prendre les plus grandes précautions en étudiant tous ces remèdes parce que jusqu'ici il ne s'en est pas encore trouvé un qui possède la moindre valeur.

Le Dr BOYD: Je voudrais ajouter un mot. On vient de dire—et c'est vrai jusqu'à un certain point—qu'il n'y a pas de cure pour le cancer, mais je vous dis, et cela est encore plus facile à prouver, qu'il existe une cure pour le cancer. Les messieurs qui sont assis devant vous au premier rang guérissent le cancer tous les jours, et quand on a le privilège de visiter les cliniques post-hospitalières, avec lesquelles je suis plus familier à Winnipeg qu'à Toronto, on trouve du plaisir à voir les malades revenir guéris une année après l'autre. J'estime qu'il est très important de bien faire comprendre cela aux membres du Comité qui n'appartiennent pas à la profession médicale, parce que je constate que mes amis qui ne sont pas médecins ne veulent pas le croire; ils s'imaginent que nous essayons de leur raconter des histoires. S'ils pouvaient visiter une de ces cliniques post-hospitalières ils verraient les malades y revenir tout souriants, après avoir eu un cancer de la langue, un cancer de la lèvre, un cancer du sein, un cancer de l'utérus et maintenant ils sont guéris. C'est merveilleux; il est très encourageant de voir un malade arriver avec un cancer—quand il est au stade guérissable, c'est-à-dire quand il peut être guéri par une opération ou par radiation; s'il va voir quelqu'un qui emploie une méthode non médicale ou non reconnue, souvent des mois sont perdus à expérimenter, comme mon ami vient de le dire. Le malade s'en va alors chez le chirurgien ou le radiologiste et il est trop tard, et nous assistons à l'horrible agonie d'un malade atteint d'un cancer, disons, au rectum, souffrant des tortures de damné parce que tout ce temps précieux a été perdu.

M. WARREN: On a mentionné des enquêtes par les autorités provinciales sur les soi-disant remèdes contre le cancer. Est-ce que cela comprend les emplâtres? Nous avons eu pas mal de cas où ces emplâtres ont été employés apparemment avec succès dans le comté de Renfrew. Je ne crois pas qu'on les emploie beaucoup de nos jours, mais quand on voit les résultats, on est bien forcé d'y croire, et je me demande si les emplâtres sont compris dans les enquêtes sur les soi-disant remèdes.

Le Dr. HEAGERTY: Je ne me souviens pas d'avoir entendu parler d'emplâtres à cette époque; les remèdes étaient plus modernes sous beaucoup de rapports. Ils consistaient en sérums ou vaccins ou quelque chose de ce genre.

Mme CASSELMAN: Au cours des dernières années on a fait une campagne d'éducation—conférences et formation de comités publics. Etait-ce sous les auspices de la Division de la lutte contre le cancer de la Medical Association ou de tout autre organisme?

Le Dr HEAGERTY: La Société de la lutte contre le cancer.

Le Dr ROUTLEY: Monsieur le président, en réponse à Mme Casselman je peux dire que la Société canadienne de la lutte contre le cancer a été organisée par la *Canadian Medical Association* sur la recommandation des régisseurs du *King George V Silver Jubilee Cancer Fund for Canada*, et cette société, tout en étant en quelque sorte un organisme non professionnel, a l'appui officiel des associations de médecins du Canada. Elle s'occupe de campagne d'éducation principalement parmi le public mais avec la collaboration médicale destinée à faire connaître la vérité au public sur le cancer.

M. BLANCHETTE: Le docteur Boyd pourrait-il nous dire le total des subsides accordés actuellement par les gouvernements du Dominion ou des provinces, pour la lutte contre le cancer ou sa guérison?

Le Dr BOYD: Non, monsieur, je n'ai pas ces renseignements. Peut-être quelqu'un d'autre pourra répondre à cette question.

M. MACINNIS: La question que je veux poser se rattache à la question posée précédemment par M. Cleaver. A-t-on fait des recherches ou a-t-on des chiffres sur les cas de cancer parmi la population classée selon les revenus?

Le Dr BOYD: Monsieur le président, les questions deviennent difficiles parce que le cancer est une variété de maladies, je crois, plutôt qu'une seule. Le cancer de l'estomac est une maladie, le cancer du sein en est une autre et ainsi de suite. Mais je peux vous répondre au sujet du cancer de l'estomac. Les enquêtes entreprises en Angleterre il y a quelques années montrent qu'il existe une relation entre le cancer de la partie supérieure du tube digestif, de la bouche à l'estomac, et la situatilon sociale et financière de la victime; la population a été classée en cinq groupes avec les ducs et pairs en tête et les débardeurs au bas et c'est ainsi qu'on a classé les cas de cancer de la partie supérieure du tube digestif. L'incidence varie suivant les classes: moindre, dans la plus haute; intense, dans la plus basse. Cependant, lorsque nous avons étudié le cancer des intestins, l'écart disparaissait, de sorte que vous voyez comme il est difficile de répondre à votre question par une seule phrase. Ce qui peut être vrai d'un cancer de l'épiderme ne l'est pas nécessairement d'un cancer du cerveau.

Le PRÉSIDENT: Avez-vous d'autres questions à poser avant que le docteur Boyd se retire? Le Comité est fort reconnaissant envers le docteur Boyd, M. le doyen Vézina, les docteurs Richards, Graham, Pierce et Berger pour les renseignements si lumineux et précieux qu'ils nous ont donnés sur le cancer. Je vous remercie beaucoup, messieurs.

Nous avons au milieu de nous deux représentants de la *Canadian Pramaceutical Association*. Je demande donc à M. Preston de présenter M. John Burgess.

M. PRESTON: Monsieur le président, honorable monsieur Mackenzie, madame Casselman et messieurs, au nom de la *Canadian Pharmaceutical Association*, nous désirons vous remercier du privilège qui nous est donné d'être réunis ici ce matin. Je suis accompagné de M. Corbett, registraire-trésorier du Collège de Pharmacie d'Ontario, qui, jusqu'à ces derniers temps était titulaire du poste que j'occupe aujourd'hui, et de M. John Burgess, qui est le président de notre comité d'assurance-maladie. Il va vous présenter notre exposé.

M. JOHN BURGESS est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre, madame Casselman et messieurs les membres du Comité, pour vous remercier de l'honneur que vous nous avez fait en nous demandant de présenter nos vues, nous avons cru bon de dresser un exposé détaillé que nous avons fait polycopier et dont nous avons déposé un certain nombre d'exemplaires. Je vais maintenant vous donner lecture de cet exposé.

(1) En me faisant l'interprète de la *Canadian Pharmaceutical Association*, il se peut que je vous désappointe de quelque façon. A titre de

législateurs en voie d'élaborer des lois d'autorisation, vous vous intéressez, en ce moment, aux principes et aux vues d'ensemble, aux méthodes d'administration et aux moyens d'application, facilités par les pouvoirs gouvernementaux, capables d'assurer à la masse du peuple canadien le bien-être rêvé. Ce sont là des mesures sur lesquelles nos experts en droit constitutionnel, vos sociologues, vos spécialistes, hommes et femmes, sont mieux en état que moi de vous conseiller.

(2) Ni les associations pharmaceutiques provinciales ni la *Canadian Pharmaceutical Association* ne m'ont donné les directives voulues pour traiter de ces questions en détail. Le petit nombre de pharmaciens représentatifs qui ont pu voir et lire l'avant-projet de loi dont vous êtes saisis, ne m'ont pas fait part de leurs impressions. Et, puisque nulle critique sérieuse de ce projet et de ces méthodes n'a été formulée de ce côté, on peut, je crois, prendre pour acquis que si les législateurs dans leur sagesse, jugent à propos de légiférer ainsi, les pharmaciens n'ont rien trouvé à critiquer sur l'ensemble du projet.

(3) Comme les pharmaciens sont, de leur profession, chargés du rôle très important de mettre au service des malades toutes les armes de la science médicale: drogues, remèdes, accessoires et instruments propres au maintien et à la restauration de la santé, en tant que le cours de la nature et la volonté du Créateur en rendent la fin accessible aux mortels, et comme les pharmaciens sont appelés à rendre ces services dans chaque ville, village et cité de notre vaste nation, ils comptent naturellement que le peuple du Canada voudra, dans son propre intérêt, qu'ils soient convenablement représentés auprès des commissions administratives, et que leurs organismes statutaires provinciaux déjà admirablement mis sur pied soient mobilisés pour fins de consultation, de collaboration et de conseil.

(4) Mais si je manque de directives pour conseiller en matières purement législatives, il convient peut-être que je fasse la revue des facteurs principaux qui déterminent la position de l'art pharmaceutique dans le domaine des soins médicaux, ainsi que ses potentialités sur le plan de l'assurance-maladie.

Si cela vous est agréable, je procéderai dans les limites de ce cadre, et si je me perds dans des digressions oiseuses, monsieur le président pourra me rappeler à l'ordre.

(5) Tout d'abord, afin de procéder avec méthode, permettez-moi de définir les principales expressions que je vais employer:

En premier lieu, la *Canadian Pharmaceutical Association* est le lien qui relie les organismes pharmaceutiques statutaires de chaque province. Ces organismes provinciaux sont tous constitués en vertu d'une loi provinciale dite "Loi de pharmacie". Et toute personne autorisée à exercer la profession de "pharmacien" au détail doit être membre d'un tel organisme statutaire. Ces organismes assujettissent les pharmaciens à des règlements en matière de discipline, de normes de services, et leur procurent des moyens d'éducation et d'instruction.

Ils sont parfaitement aptes à se charger des fonctions administratives découlant d'un plan d'assurance-maladie, sans avoir à subir des remaniements très étendus ou coûteux.

(6) Ceci posé, définissons maintenant le mot pharmacien:

Le "pharmacien" ou "pharmacien-chimiste" est la dépositaire autorisé des poisons, drogues nocives, remèdes, produits chimiques et substances animales et végétales pour l'usage médicinal, vétérinaire, ménager et technique de chaque collectivité.

Quoique les fonctions du pharmacien soient multiples, celle de "dépositaire" semble en être la fonction fondamentale de sa profession Le titre alternatif "apothicaire", dérivé du grec "apo tithimi", indique que

cet état était fort respecté dans le monde hellénique de la Méditerrannée, et il apparaît continuellement à travers l'histoire de l'occupation grecque. Dans Roméo et Juliette, Shakespeare constate qu'il persiste en Italie prémoyenâgeuse. Lorsqu'on va demander du poison à l'apothicaire de Mantoue, il répond:

"De ces poisons mortels, j'ai le secret;
Mais la Loi de Mantoue
Punit de vile mort qui le dévoile".

RESPONSABILITÉS

(7) Et aujourd'hui, comme depuis toujours, le pharmacien est responsable devant le peuple de nombreux devoirs créés par les lois statutaires, le droit commun et l'équité professionnelle. Marchant de pair avec l'avancement des sciences, ces responsabilités légales et professionnelles grandissent et deviennent plus complexes, plus pertientes. De là découle l'importance, toujours croissante pour la nation, de choisir judicieusement des jeunes gens et des jeunes filles sains d'esprit, doués d'aptitudes naturelles, et de leur donner une meilleure éducation, une forte instruction pour les préparer à leurs travaux. Actuellement, la norme-type d'admission à l'étude comporte un certificat d'examen d'immatriculation d'un certain choix; puis viennent trois années d'apprentissage dans une pharmacie, et deux ou trois ans de travail collégial en pharmacie, chimie, biologie, botanique, microbiologie, materia medica, pharmacologie et nombre d'autres sujets connexes. Dans toutes les provinces, la norme d'enseignement est la même, sans être toutefois identique, et on constate les grands progrès que l'étucation a fait dans la science pharmaceutique à travers le monde américain et européen.

ÉTUDES ET APPRENTISSAGE

(8) De nos jours, lorsqu'un homme reçoit ses diplômes d'un collège de pharmacie, il ne faut pas croire qu'il a atteint l'apogée de la science; il ne touche que les abords d'un domaine dont il ne verra jamais le bout; et celui qui, comme moi, a eu une longue expérience professionnelle, se rend compte, au contact avec ceux qui ont bénéficié d'études et de formation avancées, des avantages infiniment plus précieux dont il pourrait faire profiter le peuple, s'il avait eu lui-même les avantages d'une meilleure éducation et d'un entraînement plus poussé.

L'avancement de l'instruction et de la formation de pharmaciens est chose qui intéresse la nation au plus haut point.

OCTROI DE LICENCES

(9) Après avoir terminé son cours d'instruction et son apprentissage et avoir obtenu sa licence, le pharmacien se voit projeté au milieu d'un amoncellement de plusieurs milliers de produits médicinaux différents, provenant de toutes les parties du monde, et il lui faut en connaître les propriétés innombrables. Il doit pouvoir les composer, les préserver comme il convient et les soumettre à l'épreuve de diverses manières, car, comme nous l'avons déjà dit, il est responsable devant la loi de leur pureté.

RELATIONS AVEC LES AUTRES GROUPES

(10) Or, après avoir dit ce que sont les associations et ce qu'est le pharmacien, et avoir indiqué que le rôle de celui-ci dans le soin des malades consiste à fournir, préparer et distribuer, sous forme de médicaments, de

produits et d'accessoires, les moyens dont disposent le médecin, l'infirmière et le dentiste, il convient d'examiner la nature des relations du pharmacien avec les autres personnes qui s'occupent du soin des malades.

Durant toute leur histoire, les deux professions de la médecine et de la pharmacie ont été mêlées l'une à l'autre et il y a eu controverse et désaccord quant à leurs champs d'action. On me dit qu'en Angleterre, il existe une association d'apothicaires dont les membres, grâce à une décision de la Cour suprême ou du Conseil privé, peu après le grand incendie, exercent actuellement la médecine, avec la faculté de prescrire et d'exécuter des ordonnances.

Mais de nos jours, en raison des progrès de la science, ces différends ont une tendance à s'atténuer et à disparaître. La prescription de médicaments n'est plus considérée comme étant du domaine du pharmacien, sauf dans les cas d'usage courant lorsque la chose se résume à connaître les propriétés évidentes de simples médicaments de famille, ce à quoi personne ne s'oppose, les médecins moins que tous autres.

Et le champ de la médecine est devenu si vaste qu'il exige l'attention entière du médecin pour se tenir au courant des découvertes indispensables à l'exercice convenable de son art.

L'enseignement de la pharmaceutique proprement dite, aux écoles de médecine, tend donc à occuper une place de bien peu d'importance et le cours de pharmacie que suit le médecin ne porte pas sur le côté pratique. La pratique tout autant que la théorie est nécessaire à l'exercice de la pharmacie.

C'est pour l'avenir que nous formulons des plans, car avec l'extension rapide des routes et les progrès dans le transport d'après-guerre, de plus en plus rares seront les endroits isolés et les pharmaciens seront alors accessibles à presque tout le monde.

DISPONIBILITÉ DES PHARMACIENS

(11) Il est grandement dans l'intérêt de la population que les pharmaciens soient répartis d'une manière satisfaisante. Les gens habitant les endroits de moindre importance ont tout autant droit aux services de pharmaciens que ceux des grands centres. A cause du coût croissant des cours d'étude en pharmacie, et pour permettre au pharmacien de vivre dans les centres peu populeux, il devient d'importance nationale de réserver aux pharmaciens le soin de procurer les médicaments et autres agents médicinaux, dans la mesure où la commodité de la population le permet; sans grain à moudre, pas de moulin.

Cette proposition, autant que je puisse voir, ne suscite aucune opposition.

PRÉPARATION DES MÉDICAMENTS

(12) Considérons maintenant les sources des accessoires de la médecine à mesure que ceux-ci passent par les mains du pharmacien. La profession de pharmacien, comme bien d'autres, a été atteinte par la révolution industrielle, bien que dans son cas la division du travail ait été plus lente à se produire. Il ne s'est pas produit dans le cas de la pharmacie, de conflit entre l'ouvrier et ceux qui préconisaient l'utilisation de la machine et la production sur une grande échelle. De sorte que l'on fait dans les grandes fabriques les préparations susceptibles d'y être faites plus économiquement et plus efficacement. Par contre, une foule de médicaments doivent être fraîchements préparés avant qu'on puisse en faire usage et dans bien des cas le nombre illimité de combinaisons rend la préfabrication

impraticable. Ces préparations sont l'œuvre du pharmacien détaillant. Le travail manuel dans les pharmacies de détail tend plutôt à augmenter qu'à diminuer.

Ainsi donc, les ramasseurs expédient les produits non rectifiés non seulement aux pharmacies détaillantes, mais aussi et surtout aug grandes usines de produits chimiques et pharmaceutiques pour y être fabriqués.

Or, ces grande établissements, qui sont des entreprises commerciales de grande envergure, ne se contentent pas de fabriquer des médicaments selon les connaissances et les méthodes anciennes et modernes; ils contribuent très largement, par leur expérience et surtout par leurs vastes entreprises de recherches, au perfectionnement des agents médicinaux.

Il est vrai que les universités, les institutions dotées et les gouvernements s'occupent de recherches dans le but d'améliorer les médicaments, mais les maisons commerciales de produits pharmaceutiques ont à leur disposition plus de fonds, elles sont stimulées par la concurrence, et le rôle qu'elles jouent actuellement dans la découverte de nouveaux médicaments est vraiment remarquable. Par exemple, la production du M. & B. 693, aux laboratoires Bay et Baker qui a amené l'emploi des sulphanilamides; le prompt travail complémentaire d'autres firmes qui ont mis au point le sulphathiazole, le sulphadiazine, etc., sont des choses que seules les grandes entreprises pouvaient accomplir en si peu de temps. Et cette découverte si bienfaisante pour la médecine, ces dernières années, n'en est qu'une entre bien d'autres de grande importance.

LES MÉDICAMENTS DE DEMAIN

(13) Et s'il m'est permis, je désirerais faire remarquer ici que le pays ne saurait tirer avantage de ces vastes entreprises sans donner quelque chose en retour.

Les médicaments que nous désirons mettre à la disposition de la population du Canada sont ceux de demain—et non pas seulement ceux d'aujourd'hui et d'hier. Quand on considère la seule économie réalisée au pays à l'égard des heures de travail de la main-d'œuvre—sans parler des autres avantages—par suite du seul emploi des sulphanilamides, on voit combien il serait imprévoyant de faire quoi que ce soit de nature à restreindre le progrès révolutionnaire accompli actuellement par ces grandes entreprises dans le domaine des médicaments.

Empruntons une comparaison à l'industrie du livre. Parfois, à propos de plans de médecine publique, on s'est imaginé qu'il suffisait de payer pour les nouveaux tirages à bon marché, jamais pour le premier tirage. S'il ne se trouve personne pour acheter le premier tirage, qui coûte très cher, il n'y a pas alors de nouveaux tirages et le progrès est arrêté.

ESTIMATION DU COÛT

(14) Maintenant, ayant vu d'une manière générale ce qui touche à la pharmacie, calculons-en le coût.

Comme il s'agit, nous l'avons dit, des médicaments de demain—et il s'opère dans ce domaine une rapide révolution—nous ne pouvons prévoir exactement nos dépenses et faire à l'avance un budget serré. Mais nous pouvons calculer en gros le total des dépenses, en comptant sur une compensation raisonnable des chiffres élevés de tel ou tel compte par les chiffres faibles de quelques autres.

Le chiffre de 28 millions et demi, comme total général, nous paraît assez plausible.

Repassons les quelques données assez vagues dont nous disposons. Selon le recensement de 1931, il s'est vendu en 1930 pour $51,180,000 de produits pharmaceutiques (ordonnances, médecines, composés chimiques, etc.) dans les pharmacies. En partant de là, on peut estimer à environ $33,267,000 le chiffre des ventes; celui de l'inventaire—en calculant que les stocks se remplacent en entier à peu près deux fois et demie par année—devrait se monter à $13,307,000. Comme il s'est écoulé treize années depuis ce recensement, l'inventaire actuel s'élève à $16,000,000 pour le moins, au prix d'achat.

Les ordonnances remplies en 1930 représentent une somme de $12,004,000, sans compter les remèdes donnés directement par les médecins, et les ventes de produits pharmaceutiques classés comme "divers": seringues, sacs à eau chaude, nécessaires d'injections hypodermiques, etc., se sont élevées à $5,397,000.

Total: $17,401,000.

Depuis treize ans, ces chiffres se sont augmentés et il n'est pas impossible que le total des ventes s'élève aujourd'hui à plus de $22,000,000.

Quand l'assurance-maladie sera instituée, certains médecins, qui fournissent maintenant des remèdes à leurs malades, seront trop occupés à la médecine préventive et à donner aux patients les soins plus fréquents qu'ils demanderont, pour continuer cette pratique. D'ailleurs, l'amélioration des communications rendra moins nécessaire ce service dispensé aujourd'hui par les médecins des endroits isolés. Il passera donc une plus grande quantité de médicaments par les pharmacies.

N'étant plus retenus par des considérations d'ordre financier, un plus grand nombre de malades auront recours aux médecins.

Il y aura une plus forte demande des divers produits pharmaceutiques, et on les voudra encore plus variés.

Tout cela augmentera sans doute la demande de matériel médical à laquelle devra répondre l'assurance-maladie.

D'autre part, comme l'a signalé le docteur Routley, la médecine curative jourera probablement en temps voulu, un rôle moins important du fait des services prophylactiques prévus par le plan.

En prenant les choses de ce point de vue, il est incontestable que le meilleur matériel médical vaut plus que ce qu'il coûte, si cher puisse-t-il être.

Pour le prix des médicaments et accessoires, la population canadienne recevra:

(*a*) Les services des agents collecteurs qui achèteront les matières premières et nous les feront parvenir des quatre coins de l'univers;

(*b*) Les services d'une industrie chimique et pharmaceutique absolument à la page, qui s'acquitte adminrablement de sa tâche de recherches, d'expérimentation et de production et qui maintient au bénéfice des médecins, des infirmières, des dentistes et des pharmaciens un système de publicité et d'information d'une valeur inestimable lorsqu'il s'agit de répandre l'usage de nouveaux médicaments bien éprouvés par les pharmaciens et les médecins.

(*c*) Un service de distribution mettant les médicaments à la disposition des clients dans toutes les pharmacies du pays.

(*d*) Les services de 3,800 pharmaciens au détail et d'environ 5,600 pharmaciens diplômés, sans compter le très nombreux personnel auxiliaire.

(*e*) Les services des institutions d'enseignement et de formation pharmaceutique des provinces, affiliées aux universités et soute-

nues financièrement par les seuls fonds, ou en grande partie par les fonds des pharmaciens et des étudiants eux-mêmes. Le Collège de pharmacie d'Ontario, qui forme près de la moitié des pharmaciens du Canada, n'a jamais reçu, je crois, de subvention d'un gouvernement. Il en est sans doute de même pour les autres institutions—je ne le sais pas au juste.

En somme nous offrons à la population du Canada une véritable aubaine.

LISTES DE MÉDICAMENTS

(15) Pour ce qui est de fournir des listes de médicaments recommandables—recommandables, non pas d'usage obligatoire—il faut évidemment permettre aux médecins indépendants d'employer ce qui leur paraît le plus approprié à chacun des cas. Le docteur Archer vous l'a dit:"Le sujet soigné par le médecin n'est pas une machine, c'est un être humain, dont les besoins sont très variables." Il ne faut pas vous laisser attarder par la question des listes de médicaments recommandables.

Il sera facile à un ou à plusieurs comités de dresser une liste de ce genre, en y faisant entrer tous les produits qui leur seront recommandés, afin que les médecins et les malades du pays aient toujours avantage à s'y fier.

Je veux attirer ici votre attention sur un fait qui vous étonnera. Il est tout naturel de croire que les pharmaciens désirent vendre le plus possible—les affaires sont les affaires—et qu'ils s'intéressent beaucoup à la somme d'argent allouée à l'achat de leurs marchandises.

Or il ne nous est pas venu une seule demande de renseignements au sujet de cette somme. Je n'en ai pas été étonné, ce n'est pas l'argent qui intéresse le plus les pharmaciens.

Ils ont manifesté, au contraire, beaucoup d'intérêt pour les mesures à prendre en vue d'empêcher les gens d'acheter trop de médicaments; on aura tendance, particulièrement au début, à demander aux médecins plus d'ordonnances que de raison, pour le plaisir de la chose.

Les pharmaciens se sont fort intéressés à la proposition de ne faire payer les médicaments qu'en partie par l'assurance-maladie, afin de modérer la demande. Le docteur Heagerty, cependant, a dit tantôt qu'il vaudra peut-être mieux s'en remettre de cette décision aux provinces. Les pharmaciens accepteront toute mesure susceptible de produire le même résultat.

Le point à retenir, c'est que les pharmaciens NE VEULENT PAS vendre le plus possible sans égard aux besoins réels des clients. Ceux que nous avons consultés ou qui nous ont écrit sont unanimes là-dessus. Quelques-uns s'objectent au paiement partiel des médicaments par l'assurance, mais c'est pour d'autres raisons. Tous, sans exception, s'entendent pour chercher un moyen d'empêcher les achats irraisonnés.

M. McCANN: Pouvez-vous nous donner le rapport entre la somme dépensée au Canada pour les médicaments recommandés par ordonnances des médecins et la somme dépensée pour les médicaments brevetés qui se vendent à l'étalage?

Le TÉMOIN: Ma mémoire ne vaut rien pour les chiffres, mais quand j'aurai terminé je trouverai ce chiffre dans une serviette que j'ai ici. Me permettez-vous maintenant de résumer avant de répondre à votre question?

M. McCANN: Je pensais que ce serait le moment de donner ce renseignement.

Le TÉMOIN: Je regrette de ne pas me rappeler les chiffres. C'est gênant.

RÉSUMÉ

16. Ainsi les suggestions des pharmaciens ont à peine besoin d'être indiquées; nous allons cependant récapituler les plus importantes.

Vous désirerez tous, je n'en doute pas, les incorporer dans une loi, qu'elles soient ou non mentionnées ici.

1. Une administration démocratique, avec représentation des pharmaciens dans les commissions administratives.

2. L'utilisation des associations de pharmaciens actuellement constituées en vertu de lois provinciales, pour fins de consultation, collaboration, information, et conseils sur les détails.

3. Des mesures tendant à restreindre l'usage abusif des remèdes, sans exagérer le nombre des inspecteurs et administrateurs.

4. Des mesures pour assurer à la population la fourniture des meilleurs genres de remèdes et d'appareils.

5. Des précautions pour éviter d'entraver le perfectionnement de ces instruments de la science médicale que sont les remèdes et les appareils, et pour procurer à la population du Canada les remèdes les plus nouveaux.

6. L'exclusivité, en faveur des pharmaciens brevetés, des fonctions qui sont proprement les leurs, à savoir la préparation et le commerce des remèdes—en faisant exception dans les régions éloignées ou dans les cas d'urgence—afin que la faible fraction du prix des remèdes qui reste réellement au pharmacien, après paiement du fabricant et des frais, ne soit pas manifestement insuffisante pour le maintien et l'expansion de l'enseignement pharmaceutique, et afin que toute ou presque toute la population du Canada puisse bénéficier des services d'un pharmacien.

D'autres arrangements avec les pharmaciens sont prévus aux pages 23 et 24 du projet de loi qui vous est soumis.

Les pharmaciens ne voient aucune raison de critiquer ces suggestions du comité consultatif qui, ajoutées aux principes que je viens d'énoncer, représentent l'opinion de la majorité des pharmaciens du Canada à l'égard d'un plan pour la fourniture des médicaments. Il n'est pas nécessaire de lire cette partie du projet de loi.

PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES

30 (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 assurés, et les règlements et ententes susdits doivent permettre aux assurés d'obtenir ces drogues, remèdes et appareils, s'ils sont commandés par le praticien qui les soigne, de toute personne qui a souscrit à l'entente, et lesdits règlements et ententes doivent, sous réserve des conditions et restrictions qui peuvent y être incluses, stipuler

(*a*) Que, sauf dans la mesure où les médecins et les dentistes peuvent, conformément aux ententes qu'ils ont conclues, être tenus de fournir ces drogues, remèdes et appareils pour usage immédiat ou dans des cas de crise ou dans des régions éloignées, les ententes ne doivent être conclues qu'avec les pharmaciens détaillants (y compris les chimistes et les droguistes) inscrits dans la province;

(*b*) La préparation et la publication des listes de pharmaciens qui ont souscrit à l'entente comme susdit;

(*c*) Que tout pharmacien inscrit dans la province, qui désire se faire inclure dans une telle liste comme susdit, doit être ainsi inclus sur demande formulée à cette fin de la manière prescrite;

(*d*) Que la personne pour le compte 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 à 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 de pharmaciens, et selon les règlements édictés à cette fin.

(2) Des règlements peuvent être établis sous le régime de la présente loi autorisant au besoin un formulaire pharmaceutique provincial pour les fins de la présente loi.

Voulez-vous me permettre de sortir un instant, pour chercher ma serviette, afin de répondre à la question qui m'a été posée?

Le PRÉSIDENT: Avez-vous quelque chose à ajouter, monsieur Corbett?

M. CORBETT: Non.

Le PRÉSIDENT: Voulez-vous aller chercher la réponse à la question de M. McCann?

M. FULFORD: Pourrais-je poser une question maintenant?

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. FULFORD: Je remarque que M. Burgess a particulièrement mentionné les drogues au sulfate. Je crois le moment venu d'uniformiser les noms pharmaceutiques des drogues, surtout dans le cas des médicaments dits sulfa. Je crois que chaque producteur adopte le nom qui lui plaît, de sorte qu'il existe environ deux cents variétés de ces drogues. Ainsi, nous avons les marques Lilly & Co.; Parke Davis; Merck. Le médecin, dans son ordonnance, emploie le nom qu'il connaît, ce qui oblige le pharmacien à tenir toutes ces marques. Autrement dit, le pharmacien doit avoir un stock beaucoup plus considérable qu'il ne serait nécessaire si les noms pharmaceutiques étaient uniformisés et si chaque compagnie produisant un article était obligée de lui donner le nom uniforme au lieu de sa propre marque de commerce. Ai-je raison sur ce point?

Le TÉMOIN: Monsieur le président, c'est là un véritable casse-tête pour les médecins et pour les pharmaciens. Je ne suis pas renseigné à fond sur la question, mais je crois qu'une législation s'apprête à y remédier. Est-ce exact, docteur Heagerty?

Le Dr HEAGERTY: Un comité de pharmacopée a été nommé pour étudier les questions de ce genre, et il les étudie depuis quelque temps.

M. FULFORD: Je suis heureux de l'apprendre.

Le PRÉSIDENT: Voulez-vous répondre à la question de M. McCann?

Le TÉMOIN: Le recensement de 1941, portant sur l'activité de l'année 1930, donne la somme de $12,000,000 comme total des ordonnances des médecins, et $33,779,000 comme total des composés et spécialités pharmaceutiques.

Le Dr HEAGERTY: Si vous le permettez, je ne crois pas qu'on puisse se fier à ces chiffres. Ils ont probablement été publiés par notre ministère qui les a reçus du ministère du Revenu national, et il est absolument impossible d'en établir le détail. Quand nous avons examiné le coût des médicaments en 1935 avec l'aide du Bureau de la statistique, nous avons trouvé un total de $55,000,000, mais ce chiffre comprenait les cosmétiques et les produits chimiques qui ne peuvent réellement pas être classés comme médicaments, et par suite on se demande si ces chiffres sont exacts.

M. McCann: Les chiffres du recensement de 1941 devraient être disponibles maintenant.

Le témoin: Monsieur le président, si je puis ajouter un mot à ce que vient de dire le docteur Heagerty, il y a de l'ambiguïté là dedans. On dit "remèdes brevetés et composés". Je ne saurais essayer de définir cela. Je ne sais pas ce qu'on entend par "composés" dans ce cas. Je suis certainement d'accord avec le docteur Heagerty qu'on ne peut pas se fier à ces chiffres.

M. McCann: Monsieur le président, le point sur lequel je veux attirer l'attention du Comité est que la grande majorité du public dans notre pays fait ses propres prescriptions et achète des remèdes brevetés, de sorte que le montant brut des remèdes employés ne sera pas prescrit par les médecins sous le régime d'un plan d'assurance-maladie, mais continuera à être prescrit par le public même et les annonces des fabricants de produits pharmaceutiques.

Le président: La profession médicale a-t-elle des objections à cette tendance croissante, docteur McCann?

M. McCann: Pas du tout; nous tenons seulement à mettre le public au courant, en ce qui concerne les pilules rouges, et le reste.

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

M. McCann: Je voudrais demander au témoin si son organisme tient à déclarer qu'il est en faveur du principe de l'assurance-maladie, et s'il pense que son organisme et le public en général en retireront de plus grands avantages que sous le régime de l'industrie privée comme elle est actuellement exercée au Canada par les pharmaciens?

Le témoin: Monsieur le président, permettez de répondre au docteur McCann par la lecture de la première page du mémoire, deuxième paragraphe.

> Ni les associations pharmaceutiques provinciales ni la *Canadian Pharmaceutical Association* ne m'ont donné les directives voulues pour traiter de ces questions en détail. Le petit nombre de pharmaciens représentatifs qui ont pu voir et lire l'avant-projet de loi dont vous êtes saisis ne m'ont pas fait part de leurs impressions. Et, puisque nulle critique sérieuse de ce projet et de ses méthodes n'a été formulée de ce côté, on peut, je crois, prendre pour acquis que si les législateurs, dans leur sagesse, jugent à propos de légiférer ainsi, les pharmaciens n'ont rien trouvé à critiquer sur l'ensemble du projet.

M. McCann: Ce n'est pas très clair.

Le témoin: Monsieur le président, les pharmaciens n'ont exprimé aucune opinion définitive.

Le Dr Heagerty: Je me demande si les pharmaciens devraient exprimer une opinion au sujet de la nécessité de l'assurance-maladie au Canada. Il me semble que ce sont les médecins, les sociétés de bienfaisance, les dentistes et autres organismes bien plus que les pharmaciens qui sont réellement en mesure de se prononcer sur cette nécessité.

Le témoin: Monsieur le président, je suis d'avis moi-même que les pharmaciens ne devraient pas exprimer d'opinion. C'est là mon opinion personnelle et pas nécessairement celle de l'association pharmaceutique.

Le président: M. McCann a demandé si l'association avait exprimé une opinion.

Le témoin: Non.

L. président: Y a-t-il d'autres questions?

M. McCann: Oui. M. Burgess voudrait-il nous dire s'il pense que le plan d'assurance-maladie procurera de plus grands avantages à l'association pharmaceutique et au public en général que le plan actuel d'entreprise privée?

Le témoin: Monsieur le président, je n'ai pas d'opinion à ce sujet. Du moment que les détails du plan ne sont pas encore élaborés, je suis certainement incapable de formuler une opinion de ce genre. Je désire voir le peuple du Canada profiter de tous les avantages possibles sous le rapport du bien-être, de quelque manière que ce soit, et si c'est aux dépens de la pharmacie et dans l'intérêt général, je suis pour cela, pour mon propre compte, et, je crois que la plupart des pharmaciens sont du même avis.

Le président: Je remercie M. Burgess et M. Corbett de l'exposé qu'ils ont bien voulu nous faire. Nous allons maintenant nous ajourner jusqu'à mardi, le 11 mai à 11 heures du matin et nous discuterons alors l'hygiène industrielle.

Le Comité s'ajourne à midi 50 pour se réunir de nouveau le mardi 11 mai 1943 à 11 heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 9

SÉANCE DU MARDI 11 MAI 1943

TÉMOINS:

Le docteur A. L. Walsh, de Montréal, président de la *Canadian Dental Association.*

Le docteur D. W. Gullett, de Toronto, secrétaire de la *Canadian Dental Association.*

Le docteur Armand Fortier, de Montréal, membre de la *Canadian Dental Association.*

Le docteur Harry F. Thomson, de Toronto, du *Canadian Dental Hygiene Council.*

Le docteur J. G. Cunningham, de Toronto, Directeur de la division de l'hygiène industrielle, ministère de la Santé de l'Ontario.

Le docteur F. C. Pedley, professeur adjoint d'hygiène publique et de médecine préventive à l'Université McGill, Montréal.

Le docteur C. F. Blackler, Directeur de la division de l'hygiène industrielle, ministère des Pensions et de la Santé nationale, Ottawa.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 11 mai 1943.

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 (*Edmonton-est*), MM. Cleaver, Côté, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Gregory, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lalonde, Leclerc, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGregor, McIlbraith, Maybank, Mayhew, Shaw, Slaght, Veniot, Warren, Wood et Wright. — 35.

Le docteur A. L. Walsh, de Montréal, président de la *Canadian Dental Association,* est appelé. Il présente au Comité:

Le docteur D. W. Gullett, de Toronto, secrétaire de la *Canadian Dental Association;*

Le docteur Armand Fortier, de Montréal, membre de la *Canadian Dental Association;* et

Le docteur Harry F. Thomson, de Toronto, du *Canadian Dental Hygiene Council.*

Le docteur D. W. Gullett présente un mémoire au nom de la *Canadian Dental Association,* et les médecins susmentionnés sont tous interrogés. Le président les ayant, au nom du Comité, remerciés du témoignage utile qu'ils ont rendu, les témoins se retirent.

Le docteur J. G. Cunningham, Directeur de la division de l'hygiène industrielle au ministère de la Santé de la province d'Ontario, est appelé. Il présente au Comité:

Le docteur F. C. Pedley, professeur adjoint d'hygiène publique et de médecine préventive à l'Université McGill, Montréal; et

Le docteur C. F. Blackler, Directeur de la Division de l'hygiène industrielle au ministère des Pensions et de la Santé nationale, Ottawa.

Le docteur Cunningham présente un mémoire traitant de l'hygiène industrielle.

Les médecins susmentionnés sont interrogés et se retirent après avoir reçu les remerciements du président.

Le Comité s'ajourne à une heure de l'après-midi pour se réunir de nouveau le vendredi 14 mai, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,

J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 11 MAI 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Nous entendrons ce matin des représentants de la *Canadian Dental Association*. Je vais demander au docteur Arthur L. Walsh, président de cette association, de nous les présenter.

Le Dr ARTHUR L. WALSH: Monsieur le président, mesdames et messieurs, à titre de président de la *Canadian Dental Association*, je puis dire que nous sommes plus qu'heureux d'être ici afin de débattre des questions relatives à l'hygiène de la population canadienne. J'ai le privilège de vous présenter notre secrétaire général, le docteur Gullett, de Toronto, qui vous soumettra un mémoire. Ensuite, je demanderai au président de permettre que le docteur Armand Fortier, membre du conseil exécutif de notre Association et président du Collège des chirurgiens-dentistes de la province de Québec, porte la parole, et qu'ensuite, nous entendions le Dr Harry F. Thomson, qui possède une expérience de vingt ans en hygiène dentaire publique et qui est maintenant secrétaire du Canadian Dental Hygiene Council. Je demanderais aussi que l'on permettre à ces trois médecins d'exposer leurs vues avant qu'on les interroge à titre de membres de l'association.

Le PRÉSIDENT: Merci docteur Walsh. Docteur Gullett, veuillez vous avancer, je vous prie.

Le Dr. D. W. GULLETT, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, honorable monsieur Mackenzie, et messieurs les membres du Comité; les représentants de la *Canadian Dental Association* sont heureux de se présenter devant votre Comité aujourd'hui afin de vous exposer les vues des dentistes de tout le Canada concernant l'assurance-maladie en ce qui a trait à la profession de dentiste.

La *Canadian Dental Association* fut organisée en 1902 et constituée en corporation par une loi du Parlement canadien. Sa constitution stipule que ses fins seront les suivantes:

(*a*) Cultiver et encourager l'art et la science de la profession de dentiste et de toutes ses ramifications, ainsi que maintenir l'honneur et les intérêts des dentistes;
(*b*) Faire, diriger, encourager, appuyer ou organiser des recherches approfondies en art dentaire et en hygiène buccale;
(*c*) Elever et soutenir le caractère professionnel et la formation des dentistes;
(*d*) Favoriser, chez les dentistes, l'émulation, les relations sociales et la bienveillance mutuelle;
(*e*) Eclairer et diriger l'opinion publique concernant l'hygiène buccale, la prophylaxie dentaire, l'hygiène buccale et les traitements dentaires scientifiques avancés;
(*f*) Faire connaître la profession de dentiste et les découvertes dentaires;
(*g*) Prendre connaissance des intérêts communs des dentistes et les sauvegarder.
(*h*) Publier des journaux rapports et traités dentaires;
(*i*) Accomplir toutes les autres actions ou choses légitimes relatives aux fins précitées ou propres à les exécuter.

Chaque dentiste praticien du Canada appartient à la *Canadian Dental Association,* qui compte des membres corporatifs et des membres ordinaires. Les membres corporatifs sont les bureaux ou conseils dentaires provinciaux des diverses provinces, l'adhésion étant facultative. Ces membres corporatifs assurent le financement de l'Association au moyen d'octrois annuels. Chaque province est divisée en districts ou régions. Les dentistes praticiens de chaque district élisent un des leurs à leur conseil respectif. Il en résulte un corps tout à fait démocratique représentant les dentistes canadiens avec le nombre minimum d'associations. Je dois mettre en lumière que la *Canadian Dental Association* représente ainsi tous les dentistes de chaque province du Canada.

Notre association a étudié longuement depuis plusieurs années des plans en vue d'assurer des soins dentaires à une plus grande partie de la population. Les diverses formes d'assurance-maladie qui existent actuellement ont été étudiées soigneusement. On n'a rien ménagé pour évaluer les aspects avantageux et désavantageux de toutes les différentes dispositions.

Il y a un an environ, le ministère des Pensions et de la Santé nationale priait la *Canadian Dental Association* de soumettre un plan tendant à obtenir la coopération des dentistes à un projet d'assurance-maladie pour tout le Canada. On tomba d'accord, à une assemblée des délégués de chaque province, sur un plan qui fut plus tard approuvé à une assemblée publique de l'Association. Les représentants de l'association s'abouchèrent ensuite avec le comité consultatif du gouvernement et lui soumirent le plan. Depuis lors aucun changement important n'a été apporté au plan primitif.

Bien que nous ne tenions pas à être cités comme favorisant la présentation d'un plan d'assurance-maladie sans que le problème n'ait été étudié davantage, nous voulons affirmer qu'il serait inopportun de présenter un plan concernant l'hygiène publique ou l'assurance-maladie sans y inclure le service dentaire essentiellement préventif que nous proposons.

Nous ne croyons pas qu'un plan quelqu'il soit supprimera entièrement les troubles dentaires. Toutefois, c'est notre ferme croyance que le projet que nous proposons en réduira le nombre autant qu'il est humainement possible.

C'est dans l'enfance que la répression des troubles dentaires peut s'appliquer le plus pratiquement et le plus économiquement. Les fonctionnaires de l'hygiène publique sont tous au fait des ravages causés par la carie dentaire chez nos enfants; on en parle souvent comme d'une honte nationale. On souligne que des examens faits dans des écoles où n'existaient pas de services dentaires démontrent que 95 à 98 p. 100 des enfants ont des dents cariées. Dans les municipalités où ces services ont été institués, le pourcentage de la carie dentaire a beaucoup diminué, souvent de 40 à 50 p. 100. Parmi les facteurs qui entravent la prévention des troubles dentaires, citons le manque fréquent de ressources financières. Des octrois à cette fin amèneraient un meilleur état de choses qui favoriserait l'avènement d'une population dont la denture et l'état de la bouche seraient beaucoup améliorées. Les dentistes ne veulent pas, vu leur petit nombre, se dire capables de traiter tous les assurés dont il est question dans le présent mémoire, mais ils s'engagent à exécuter de leur mieux le plan projeté.

Les dentistes, tenant compte de leur nombre et du sage emploi des fonds, sont convaincus depuis longtemps que le meilleur moyen de s'attaquer comme il convient au problème des troubles dentaires est de commencer par l'enfant. Il est bien plus facile de conserver dans un état hygiénique la bouche de l'enfant que de tenter de remédier aux déficiences dentaires de toute la population.

Personnes assurées

Advenant l'adoption d'une loi d'assurance-maladie au Canada, la profession préconise l'établissement d'un régime d'assurance dentaire obligatoire pour tous les enfants de moins de seize ans. On se rend compte maintenant que toutes les provinces ne seront pas en mesure d'assumer entièrement une telle obligation. Aussi, recommande-t-on qu'il soit laissé à la discrétion de chaque province de décider la limite d'âge. Tel qu'expliqué ci-après, ceci constitue le premier stade de l'application du régime.

Administration

On appuie tout particulièrement sur le fait que pour être efficace l'administration des questions dentaires doit appartenir aux dentistes. Celui qui étudie les divers plans d'assurance-maladie institués dans d'autres pays constatera que le mode d'administration adopté comporte un grave danger pour l'art dentaire. En fait, le système d'administration a presque ruiné et le mode de service et la profession dans certains pays.

L'adoption des propositions actuelles aboutira éventuellement à un plan en vertu duquel la grande majorité des gens recevront des traitements dentaires suivant les dispositions prises. Cela dépendra dans une grande mesure de l'augmentation possible du personnel dentaire. En toute probabilité, si l'assurance-maladie est adoptée, la profession dentaire devra, plus que tout autre groupe, accroître ses effectifs. Nons avons même raison de croire qu'il faudra éventuellement presque autant de dentistes qu'il y a actuellement de médecins pour veiller à l'hygiène buccale de la nation. Etant donné leur nombre actuel, les dentistes ne peuvent dispenser des services convenables qu'au quart environ de la population. Les gens réfléchis se préoccuperont du niveau des jeunes sujets pour qui la profession dentaire exercera un attrait. Pour que l'ensemble du plan donne satisfaction et rende justice au public, son application doit tout d'abord rendre justice à la profession intéressée. On se rendra facilement compte que si l'application du plan lèse ceux qui dispensent les services, le niveau des individus qui entrent dans la profession sera abaissé. On a observé cette tendance dans les régimes actuellement appliqués dans d'autres pays, et notre association estime qu'il convient de vous signaler le danger. Le service d'hygiène dentaire est essentiellement un service personnel, et l'adoption d'un système, si parfait soit-il, compte pour peu qu'il en résulte une dégradation du personnel.

L'autonomie actuelle de la profession dentaire sur ce continent est bien connue. Il convient d'affirmer en même temps que l'on se plaît à reconnaître que l'art dentaire au Canada et aux Etats-Unis occupe aujourd'hui le tout premier rang dans l'univers. Ces deux affirmations vont de pair. L'autorité administrative créée par l'adoption de régimes d'assurance-maladie dans certains pays a tellement éclipsé la profession dentaire qu'elle en a subi un recul d'un demi-siècle. La *Canadian Dental Association* ne peut s'effacer à cette période critique et voir passivement une telle situation se produire au Canada. Nous sommes fiers du rang que l'art dentaire occupe actuellement en ce pays. Le respect qui entoure la profession en ce moment a été gagné par des hommes qui se sont voués tout entiers à leur carrière. Les progrès réalisés dans la science dentaire, le rang élevé de la profession et la qualité inégalée des services rendus au public se rattachent tous au mode pratique actuel. Si on adopte maintenant une loi qui aura pour effet de ravaler le rang administratif de la profession, nous croyons que notre collaboration à la santé future de nos concitoyens deviendra à la longue onéreuse pour le public aussi bien que pour la profession dentaire.

Mieux vaut parler franc au début plutôt qu'après la constation des effets funestes. Trop souvent, dans d'autres pays, le dentiste a été relégué au rang

de subordonné par suite du mode d'administration adopté. Les dentistes seuls connaissent l'art dentaire. Il faut que la profession soit convenablement représentée si on entend assurer le succès de l'assurance-maladie en matière de soins dentaires.

De deux choses l'une: ou la profession dentaire comptera une représentation suffisante dans tout plan de coopération établi pour fins administratives ou la régie du rôle que doit jouer l'art dentaire revêtira un caractère distinct en tout ou en partie. L'intérêt de ceux qui recevront les services exige que la profession soit libre de régir les questions purement dentaires. Conséquemment, nous croyons que les dentistes doivent compter une représentation suffisante auprès de l'organisme coordinateur de tout plan de coopération et qu'ils doivent être libres de régir et d'appliquer la partie du plan de coopération qui concerne les affaires et le personnel dentaires.

Les dentistes du Canada tiennent à coopérer à un plan d'assurance-maladie qui mettra les services dentaires à la portée d'une plus forte proportion de la population. D'autre part, nous tenons à le rappeler, l'histoire de cent ans de dentisterie sur notre continent prouve que chaque fois que l'art dentaire a cherché à s'unir à la médecine il a perdu du terrain. Cela se comprend facilement, car le problème dentaire ne compte que pour un parmi les si nombreux problèmes de la médecine. La profession demande une représentation suffisante auprès des comités et conseils projetés afin que le progrès de l'art dentaire ne soit pas entravé.

On a laissé entendre que la province sera divisée en régions ou zones pour l'administration de l'assurance-maladie. Un conseil régional dont le président, et son adjoint au besoin, seront des membres de la profession médicale, aura juridiction sur chacune de ces zones. Nous sommes d'avis que pour assurer le fonctionnement du plan il faudra affecter à chacune de ces zones un dentiste qui sera responsable de l'exécution du plan par rapport aux soins dentaires. Les rapports d'ordre administratif entre ce dentiste et ses confrères professionnels, les bénéficiaires et tous les intéressés au plan seront d'importance vitale à la réussite du service dentaire sous le régime de l'assurance-maladie.

Le *Canadian Dental Association* favorise:

(1) L'établissement de commissions de coordination provinciales qui représenteront les groupes intéressés. Il est à signaler qu'un danger inhérent aux commissions, particulièrement les petites commissions, tient au fait qu'elles peuvent assumer une attitude dictatoriale. A notre avis, les commissions plus nombreuses, comportant une représentation égale pour tous les groupes intéressés au plan général, sont fort à recommander.

(2) L'établissement par les lieutenants gouverneurs en conseil d'un comité de prestations dentaires de concert avec les commissions dentaires provinciales, ledit comité devant être, en vertu de la Loi d'assurance-maladie, responsable à la commission de l'administration des services dentaires et de tout ce qui se rapporte à la pratique de l'art dentaire.

(3) L'établissement d'un conseil fédéral de l'assurance-maladie représentant tous les groupes sur une base d'égalité et qui relèvera du ministère fédéral des Pensions et de la santé nationale.

(4) Le recrutement parmi les dentistes en règle de tous les administrateurs jugés nécessaires à l'application de la Loi en ce qui concerne l'art dentaire.

Prestations disponibles

1. Un examen dentaire aura lieu une fois tous les six mois.
2. Un traitement prophylactique sera donné une fois tous les six mois, au besoin.

3. Le mastic plastique sera employé pour les ouvrages de réfection.
4. Il sera pourvu à l'usage de matières et de dispositifs spéciaux pour le traitement des accidentés.
5. Les extractions et la chirurgie dentaire nécessaire seront pratiquées au besoin.
6. L'anasthésie sera utilisée lorsque ce sera nécessaire.
7. Des dispositions seront prises pour que le malade reçoive des services spéciaux.
8. La radiographie sera utilisée lorsqu'elle paraîtra nécessaire.
9. Des dispositions seront prises en vue de l'emploi du matériel requis dans la pratique ordinaire de l'art dentaire appliqué aux enfants.

Principes du paiement

Pour tous les enfants visés par les dispositions de la Loi d'assurance-maladie, le paiement au dentiste sera entièrement prélevé sur le fonds d'assurance, et basé sur l'échelle d'honoraires recommandée par la commission dentaire provinciale.

Explication

Le plan sera étendu aux enfants de seize à dix-sept ans, et davantage, à mesure qu'il paraîtra opportun, en tenant compte du personnel disponible, des moyens financiers et autres. Dans l'ensemble, les nouveaux bénéficiaires auront déjà profité des services dentaires, les années précédentes. L'extension graduelle de la limite d'âge ne pourra jamais grever le plan de besoins accumulés.

L'arriéré des besoins dentaires, dans l'ensemble de la population, a toujours été la grande entrave à l'institution d'un plan de services dentaires sur grande échelle.

Le Canada serait le premier pays à inaugurer un plan complet et précis de contrôle dentaire. Si la population était soumise à un examen médical quelque temps après l'entrée en fonctionnement du plan, le résultat serait très différent de ce qu'il a été au début de la guerre actuelle, où l'on s'est aperçu qu'environ 23 p. 100 des appelés étaient inaptes au service militaire pour raisons d'imperfections dentaires.

La *Canadian Dental Association* approuve le plan, qui lui paraît le seul praticable, le seul permettant aux dentistes de fournir les services requis, avec le personnel actuellement disponible. Les dentistes du Canada ne désirent pas prendre des engagements qu'ils n'auront pas les moyens de remplir, même si la somme nécessaire était souscrite. L'Association est mûrement d'avis que toute tentative imprudente n'entraînerait pas seulement l'échec du plan, mais le discrédit de toute la profession.

Les propositions suivantes tendent à favoriser la future expansion du plan d'assurance-maladie, en ce qui concerne la question dentaire:

1. Une subvention annuelle aux recherches dentaires destinées à réduire les conséquences des maladies des dents.

Les dentistes estiment indispensable d'adjoindre à l'assurance dentaire un plan de recherches. En voici deux raisons principales: (*a*) la cause des maladies des dents n'a pas été déterminée d'une manière satisfaisante, et le plan offre une occasion exceptionnelle d'inaugurer des études régulières en vue de réduire les conséquences de l'un des maux les plus répandus parmi l'humanité; (*b*) un laboratoire de recherches serait en mesure d'observer le fonctionnement du plan, en vue de perfectionner les opérations individuelles. Les recherches s'effectueraient en liaison avec les écoles dentaires, qui disposent déjà des ressources des facultés universitaires.

2. Une subvention annuelle pour l'éducation des dentistes et du public en général. Les dentistes estiment que l'expérience prouve la nécessité de faire l'éducation du public en matière d'hygiène dentaire, pour le succès d'un pareil plan. Un tel effort réduirait sensiblement les frais de traitement.

De temps à autre, des fonctionnaires des services d'hygiène ont reconnu le travail accompli par les dentistes du Canada dans ce domaine de l'hygiène dentaire. Des associations professionnelles ont puisé dans leur propre caisse pour poursuivre cette propagande d'éducation. Cet effort a réussi, dans une certaine mesure. Le citoyen moyen a au moins entendu dire qu'il devrait consulter son dentiste tous les six mois. Mais la pénurie des fonds a toujours entravé la poursuite de cette propagande.

Les dentistes savent qu'il faudra intensifier la campagne d'éducation pour assurer le succès du plan. L'argent ainsi dépensé sera plusieurs fois récupéré sous la forme d'une réduction des frais de traitement.

Le calcul des frais risque de devenir la considération majeure dans l'établissement des plans de services d'hygiène, alors que l'objectif est d'améliorer la santé de la nation. Des projets apparemment parfaits pourront manquer leur but s'ils ne sont accompagnés d'une propagande intensive pour l'éducation du public en matière d'hygiène dentaire.

3. Une subvention suffisante pour aider les écoles dentaires du Canada, en vue de la nécessité d'augmenter considérablement le personnel, pour répondre à l'augmentation du nombre des assurés.
4. Des ajustements, à prévoir dans la Loi d'assurance-maladie, pour augmenter les sommes nécessaires aux prestations et aux honoraires lorsque la limite d'âge sera reculée. Ces ajustements, et d'autres, doivent être étudiés en collaboration avec les représentants des dentistes.

La *Canadian Dental Association* croit le respect des principes de l'initiative privée et de la liberté du choix indispensable au succès d'un plan d'assurance-maladie au Canada. Le malade doit pouvoir choisir son dentiste, et le dentiste choisir ses malades. L'indépendance professionnelle doit être respectée, pour ne pas entraver les progrès de l'art dentaire. Le progrès intellectuel ne se réalise pas sans liberté de recherche et d'expression. Les procédés préventifs doivent avoir le pas sur les procédés curatifs pour la réussite d'un pareil plan. Les dentistes sont d'avis que leur art doit continuer à se pratiquer dans les cliniques privées, sauf dans les circonstances défavorables, et qu'il leur appartient de déterminer la nécessité des services dentaires. Ils ont éprouvé la vérité de ces principes tant par l'étude des plans réalisés en d'autre pays que par leur propre expérience.

L'établissement d'un plan d'assurance-maladie doit résoudre le problème du rétablissement d'après-guerre, en ce qui concerne la profession dentaire. Le dentiste qui sert actuellement dans les forces armées sera sûr de sa place dans la pratique civile. Il est probable que le nombre des étudiants en art dentaire augmentera fortement au lendemain de la cessation des hostilités, ainsi que cela s'est produit après la dernière guerre. Il sera plus facile ainsi d'assurer les services dentaires au grand nombre de personnes qui doivent en bénéficier en vertu du plan.

Nous ne ferons que nous résumer en disant que les dentistes du Canada sont favorables aux principes sur lesquels est bassée l'assurance dentaire, la *Canadian Dental Association* estime que les résultats dépendront du mécanisme administratif. La pratique de l'art dentaire n'a jamais réussi que sous l'administration de membres de la profession, et l'examen des autres plans

d'assurance-maladie qui fonctionnent actuellement confirme que le public ne recevra pas les soins voulus si l'administration est confiée à d'autres que les dentistes.

Nous insistons sur le danger de confier l'administration des questions dentaires à ceux qui n'y connaissent rien ou presque rien. Le résultat d'une pareille mesure serait, à notre avis, fâcheux pour les assurés. Les dentistes du Canada expriment le vif désir de collaborer au plan d'assurance-maladie, il est adopté, mais ne tiennent pas à participer à un système condamné par l'expérience.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Gullett. Maintenant, docteur Walsh, je crois que vous désirez remettre les questions après l'audition du docteur Fortier et du docteur Thomson.

Le Dr WALSH: C'est ce que je désire, avec votre approbation.

Je prierai le docteur Fortier, membre du bureau de la *Canadian Dental Association* et président du bureau du Collège des chirurgiens dentistes de la province de Québec, de prendre la parole.

Le Dr. ARMAND FORTIER est appelé.

(*Texte*)

Le Dr. FORTIER: Monsieur le président, mesdames, messieurs, j'ai accepté de témoigner devant votre Comité au double titre de membre du bureau de la *Canadian Dental Association* et de président du Collège des chirurgiens dentistes de la province de Québec. Le docteur Gullett, secrétaire de notre association, a exposé l'opinion des dentistes sur le plan actuellement à l'étude. Ces vues sont les miennes, messieurs. La limitation des prestations dentaires aux enfants d'âge scolaire facilitera beaucoup le succès du plan.

(*Traduction*)

La limitation des prestations dentaires aux enfants d'âge scolaire facilitera beaucoup le succès du plan. On a reconnu en divers pays, particulièrement en Angleterre, que toute tentative en vue de fournir les services dentaires à la famille entière finit par entraîner l'échec du plan. De plus, le traitement devant nécessairement s'accompagner d'une campagne d'éducation, nous pouvons logiquement espérer que ces enfants, après avoir reçu des soins dentaires pendant une période de dix ans, seront en mesure de veiller à leur hygiène dentaire et ne laisseront pas l'état de leurs dents gâter le reste de leur vie. Le secrétaire de notre association a attiré votre attention sur la question administrative. Permettez-moi, messieurs, d'insister là-dessus. Vous admettrez que l'art dentaire a réalisé d'énormes progrès depuis une centaine d'années qu'il est indépendant des autres arts médicaux. Il est logique de conclure qu'il poursuivra ces progrès en conservant son autonomie. Au contraire, si un plan réduit cette autonomie en n'accordant aux dentistes qu'un rôle consultatif, ou même des pouvoirs administratifs limités, nous craignons que notre profession ne perde l'esprit d'initiative qu'elle doit à sa liberté, et ne devienne qu'un rouage dans une machine.

Pouvez-vous imaginer qu'une profession qui a réalisé de si grands progrès scientifiques dans une période relativement courte continuera de se développer et d'avancer en abandonnant ses prérogatives? Nous approuvons l'aspect fédéral du programme. En ce qui concerne l'aspect provincial, vous obtiendrez la collaboration voulue si l'administration professionnelle, dans les provinces, est confiée aux professions. Nous admettons cependant que les diverses administrations professionnelles doivent être coordonnées ou ratifiées par un organisme central ou une commission. Les légers changements qu'il faudrait apporter au projet pour répondre à nos suggestions ne léseraient nullement la liberté des

autres groupes. Au contraire, les assurés gagneraient à ces changements. Nous sommes prêts à souscrire très volontiers à un plan qui serait appliqué suivant les grandes lignes déjà exposées.

En conclusion, messieurs, je vous soumets une proposition qui n'entre pas dans le cadre du plan d'assurance-maladie et qu'il n'est pas en votre pouvoir de satisfaire, dans l'espoir qu'elle atteindra les autorités compétentes et sera prise en considération.

En tenant compte de l'ampleur du problème dentaire révélé par l'étude de ce projet de loi, et de la complexité des questions à résoudre en ce domaine, je propose humblement que le Gouvernement étudie l'opportunité de nommer un sous-ministre de l'hygiène dentaire, sous les ordres du ministre des Pensions et de la Santé nationale. Cette mesure peut sembler prématurée, mais nous estimons que si l'hygiène dentaire pose aujourd'hui un problème de cette envergure, c'est en partie parce qu'elle a été négligée dans le passé. Cette décision soulagerait le ministère d'une responsabilité supplémentaire, et serait conforme à la ligne de conduite adoptée par le Gouvernement à l'égard d'autres ministères importants. Devant les problèmes de toute sorte qui surgiront lors de l'application d'un plan comme celui que nous examinons, il nous semble qu'une pareille nomination serait utile non seulement au ministère mais à toute la population du Canada. Je vous remercie, messieurs.

Le Dr WALSH: Maintenant, je vous présente le docteur Harry Thomson, secrétaire du Conseil d'hygiène du Canada, et qui a vingt ans d'expérience en matière d'hygiène publique.

Le Dr HARRY THOMSON est appelé.

Le Dr THOMSON: Monsieur le président, honorable monsieur Mackenzie, messieurs les membres du comité, le docteur Walsh m'a prié de vous entretenir pendant quelques minutes de la question de l'éducation publique en matière d'hygiène dentaire. Le docteur Gullett a présenté un mémoire qui couvre entièrement le domaine de ce bill d'hygiène dentaire. Ce mémoire comprend une clause sur l'éducation en matière d'hygiène dentaire. Je crois que le docteur Gullet a insisté sur cette clause, et vous a signalé que ceux d'entre nous qui se sont occupés de la question d'assurance dentaire sont vivement d'opinion que l'éducation en matière d'hygiène dentaire ne doit pas seulement faire partie de tout plan d'hygiène dentaire, mais en être la partie la plus importante. Ceux d'entre nous qui ont l'expérience de l'hygiène dentaire et des maladies des dents — ceux qui sont ici ce matin — vous diront que si nous avions su, il y a dix, vingt, quarante ou cinquante ans, certaines choses que tout le monde connaît aujourd'hui, nous serions dans une situation différente au point de vue hygiène, et nos bouches, en particulier, seraient en meilleur état.

L'hygiène dentaire est différentes des autres branches médicales en ce qu'elle dépend presque entièrement de l'initiative et de la collaboration du malade. Il serait financièrement impossible et scientifiquement absurde de s'en remettre au seul traitement pour promouvoir l'hygiène dentaire. Le malade lui-même assume la grande responsabilité de maintenir sa bouche saine et d'empêcher le retour des conditions propices à la maladie que nous avons essayé de guérir. Notre devoir est de l'en convaincre par l'éducation.

Appliquer un plan d'hygiène dentaire sans éducation publique serait, à mon avis, aussi ridicule que de traiter un garçon empoisonné par le sumac vénéneux sans lui décrire le sumac vénéneux et lui dire comment il peut l'éviter. Il serait aussi ridicule de négliger l'éducation du public en matière d'hygiène dentaire que de ne pas lui expliquer comment il peut être immunisé contre la diphtérie. Aussi ridicule que de ne pas enseigner au public la manière de purifier son lait ou son eau de manière à éviter la fièvre typhoïde.

Vous demanderez probablement comment cette éducation peut empêcher la carie dentaire? Je réponds qu'elle peut largement l'empêcher. Je ne préconise pas seulement l'éducation en matière d'hygiène dentaire pour sa valeur préventive, mais pour sa valeur économique, en raison de l'économie financière qu'elle procurerait.

Il ne suffit pas de soigner le patient, de lui remplacer ses dents perdues et de guérir ses maladies de bouche; celui-ci doit conserver par lui-même la santé de ses dents. Il faut donc faire l'éducation des parents autant que des enfants. Pour y parvenir, on se servira d'imprimés appropriés à tous les âges, de conversations et de contacts personnels avec les intéressés, de conférences dans les cercles féminins, etc., à tous les échelons du système adopté avec tant de succès pour l'enseignement de l'hygiène dentaire moderne. L'économie réalisée proviendrait de ce que le patient se présenterait plus tôt chez le dentiste. Si, demain, les soins du dentiste devenaient gratuits pour tous, combien d'enfants de seize ans et moins viendraient se presser dans la salle d'attente? Je suis sûr qu'on n'aurait pas besoin d'un agent de circulation pour les maintenir en queue devant la porte. Au contraire, pour amenez chez le dentiste les enfants de 13 à 16 ans, ou de 7 à 9 ans, il faut les objurgations du père et de la mère, de la garde-malade et de l'institutrice, du médecin et du dentiste, sinon le secours de quelques agents de police. Cela provient de l'extraordinaire incompréhension où l'on tient les services dentaires, ainsi qu'à l'ignorance du progrès accompli depuis dix ans dans les méthodes de traitement. Je n'en ai pas fait l'expérience personnelle, mais j'en ai beaucoup entendu parler et il s'agit d'un progrès immense. Les anciennes causes d'effroi devant le dentiste ont presque toutes été éliminées, et nous voulons le faire savoir aux garçons et aux fillettes; nous voulons le leur dire tandis qu'ils sont encore à l'école. A quoi bon menacer un garçon s'il ne se fait pas réparer les dents, de rhumatisme ou de maladie de cœur dans vingt-cinq ans? Ce qu'il faut lui dire, c'est qu'avec une maladie de bouche ou de mauvaises dents il ne sera jamais champion au hockey et n'entrera jamais dans l'équipe de Connie Smythe ou de quelque autre grand mogol de la glace. Il faut lui faire comprendre que Connie Smythe aime beaucoup mieux un joueur avec une entorse qu'un joueur avec de mauvaises dents, sachant que le poison des dents affecte l'état du corps entier. Il est important de s'adresser ainsi aux enfants; l'expérience l'a démontré. Il faut d'abord faire comprendre aux garçons et aux fillettes que la santé de leur bouche et la solidité de leurs dents dépend d'eux-mêmes; les parents doivent le comprendre aussi. Nous connaissons quelques facteurs de la santé de la bouche, et nous tâchons de les faire connaître. Dans le monde entier, des savants, des médecins et des dentistes s'efforcent de découvrir la cause de la carie, mais encore sans succès. Nous en avons trouvé certaines causes partielles, comme vous le savez. La première chose à faire pour former de belles dents, c'est de veiller sur l'alimentation du sujet. Il faut donner au corps humain les éléments constituants d'une bonne denture. C'est un problème d'éducation encore plus qu'un problème d'art dentaire, car les dents se forment dès avant la naissance des enfants. Les couronnes des dents de lait commencent à se former au cinquième mois de la vie prénatale; celles de la seconde dentition apparaissent au huitième mois. A quoi bon, alors, quand un bambin nous arrive avec plusieurs cavités, lui dire: "Si tu ne fais pas ceci, ou cela, ton état sera pire encore dans quelques années"? Ce qu'il faut faire, c'est l'éducation des parents.

Venons-en au côté pratique de la question. De quelle manière diminuerons-nous les frais? D'abord en abaissant un peu, grâce à l'éducation, la fréquence des caries. Nous espérions diminuer de beaucoup cette fréquence, mais nous n'y avons pas réussi. L'éducation, néanmoins, habitue les parents à faire soigner l'enfant au premier signe de carie. Vous direz que le résultat serait le même si nous obligions l'enfant à passer chez le dentiste. Mais il n'est pas nécessaire de

l'y obliger. Lorsqu'il se présente chez le dentiste, ses petites cavités peuvent être obturées à très peu de frais. Une enquête scientifique effectuée par les Services d'hygiène publique des Etats-Unis sur les cas de millions d'écoliers et d'étudiants nous apprend que la fréquence des cavités par sujet est d'environ une par année. Qu'un enfant visite le dentiste tous les six mois, depuis son plus jeune âge, et le dentiste lui aura soigné, à quinze ans, neuf petites cavités, à peu de frais. Si l'enfant se présente seulement à 13, 14, 15 ou 16 ans, les frais sont au maximum. Je crois donc, monsieur, qu'il n'est pas impossible de vous communiquer mon enthousiasme pour l'enseignement de l'hygiène dentaire. Au bout de vingt ans, cette éducation nous aura valu l'économie d'une somme énorme; voilà ce que je veux vous faire comprendre.

Je pense, monsieur le président, que pour bien réussir il faudra organiser cette éducation à l'échelon fédéral. Il serait bon d'étudier l'œuvre déjà accomplie par les sociétés bénévoles et d'aider financièrement celles de ces sociétés qui méritent de continuer à exister. Si l'on se fie aux provinces pour l'enseignement de l'hygiène, les résultats manqueront de coordination et ne seront pas satisfaisants. En somme, que le plan d'amélioration de l'hygiène dentaire ne porte pas uniquement sur la santé des dents, mais aussi bien sur leur traitement et la correction de leurs défauts, ainsi que sur l'éducation du public, ce qui, à la longue, améliorera la santé générale de nos concitoyens.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Thomson.

L'hon. M. MACKENZIE: J'ai trois questions à poser. D'abord celle-ci, qui se rapporte à l'enseignement de l'hygiène dentaire, étudié d'une manière si complète par le docteur Thomson. Docteur Gullett, vous avez dit que 23 p. 100 des recrues de l'armée ont été réformées à cause de leurs mauvaises dents. Savez-vous combien de ces réformés ont été acceptés après s'être fait soigner

Le Dr GULLETT: Non.

L'hon. M. MACKENZIE: Un grand nombre, n'est-ce pas?

Le Dr GULLETT: Oui, après que le Corps dentaire eut commencé à travailler, ce qu'il fit ou début de la guerre.

L'hon. M. MACKENZIE: Je suppose qu'il y en a eu un grand nombre d'acceptés par la suite.

Le Dr GULLETT: Oui.

L'hon. M. MACKENZIE: Peu à peu on en a repris un grand nombre.

Le Dr GULLETT: Oui, grâce au Corps dentaire.

Le PRÉSIDENT: Les collèges dentaires du Canada accélèrent-ils leurs cours comme les facultés de médecines? Encourage-t-on d'une manière particulière les jeunes gens à s'inscrire à ces cours?

Le Dr WALSH: Tous les collèges dentaires du Canada ont accéléré leurs cours; ils les ont réduits de quatre années à trois, en supprimant les vacances.

Le PRÉSIDENT: Encourage-t-on d'une manière particulière les étudiants en art dentaire?

Le Dr WALSH: Oui. Passée la première moitié de leurs cours, ils deviennent membres du Corps dentaire, s'ils en sont aptes physiquement, et touchent une solde de $2.30, je crois. Et cela tout en poursuivant leurs études, comme le font les étudiants en médecine.

Le PRÉSIDENT: Docteur Gullett, à propos des 23 p. 100 de réformés, savez-vous combien il y en a eu à l'autre guerre?

Le Dr GULLETT: Non, je regrette.

Le PRÉSIDENT: Etes-vous d'opinion que leur pourcentage a monté?

Le Dr GULLETT: Je ne pense pas que le système de fiches de cette époque fût aussi complet que celui d'aujourd'hui. Les chiffres seuls ne nous diraient rien.

Le PRÉSIDENT: C'est le temps d'interroger les témoins.

M. FULFORD: A propos des 23 p. 100 dont vous avez parlé, docteur Gullett, je suis de votre avis et j'ai toujours considéré les dentistes du Canada et des Etats-Unis comme les meilleurs du monde. Avez-vous des chiffres sur les autres armées, comme l'armée anglaise, l'armée d'Australie, etc.? Le pourcentage des réformés y est-il supérieur à 23?

Le Dr GULLETT: Nous n'avons de chiffres précis que pour l'armée américaine, et ils correspondent d'assez près aux nôtres.

M. MCCANN: J'allais demander, vu le manque de dentistes dans l'armée et dans la vie civile, si la profession dentaire est dotée d'un organisme comme la Commission de recrutement et de répartition, chargée de placer les hommes dans tout le pays et de satisfaire aux besoins des forces armées?

Le Dr WALSH: Je demanderais au docteur Gullett de répondre à cette question.

Le Dr GULLETT: Monsieur le président, nous venons de terminer un relevé, par tout le Canada, du recrutement et de la répartition du personnel dentaire, ce qui nous fournit des renseignements précis sur la question qui vient d'être posée. Mais je dois dire que nous ne sommes encore autorisés à déplacer personne, ni à obliger un dentiste de rester là où il est.

M. MCCANN: Y a-t-il assez de dentistes dans les forces armées pour y répondre à tous les besoins? Combien en manque-t-il, par rapport au nombre qui vous a été demandé?

Le Dr GULLETT: Il manque actuellement environ 600 dentistes aux forces armées pour que le rapport soit d'un par cinq cents soldats.

L'hon. M. MACKENZIE: Pouvez-vous nous dire combien d'hommes se préparent actuellement à devenir dentistes, au Canada?

Le Dr GULLETT: Combien d'étudiants il y a?

L'hon. M. MACKENZIE: Oui.

Le Dr GULLETT: Environ. . . Nous aurons 200 diplômés cette année, et 159 l'an prochain. Je puis me procurer ces chiffres.

L'hon. M. MACKENZIE: Combien de temps dure le cours?

Le Dr GULLETT: C'est un cours de quatre années.

Le PRÉSIDENT: Réduit à trois années?

Le Dr GULLETT: Il y a auparavant deux années de cours préliminaires.

M. MACINNIS: Monsieur le président, j'allais demander au Dr Gullett si le pays ne manquait pas déjà de dentistes avant la guerre, et, si oui, la raison de cette pénurie.

Le Dr GULLETT: Nous ne manquions pas de dentistes, si nous comparons la situation d'alors à celle d'aujourd'hui, en tenant compte du point de vue économique; la situation sera toute différente, puisque l'on reconnaît mieux l'utilité des services dentaires, que beaucoup d'hommes entrent actuellement dans cette profession et que les restrictions actuelles tomberont après la guerre.

M. MCCANN: Au sujet de l'enseignement de l'hygiène dentaire, le docteur Thomson me dirait-il ce que sont les résultats de cette éducation du public, s'ils représentent un succès maximum ou s'ils ont été limités (*a*) par le défaut de mettre en pratique l'instruction reçue, et (*b*) par les empêchements financiers, chez certaines personnes?

Le Dr THOMSON: L'éducation, en matière d'hygiène dentaire, n'a pas atteint son maximum; il n'en a été fait sérieusement que depuis dix ans. Durant ces années, nous nous sommes heurtés à l'impossibilité de dispenser tous les soins que nous recommandions. L'éducation du public a apporté une modi-

fication sensible de la fréquence de la carie des dents chez les collégiens et couventines de l'enseignement secondaire. Nous avons dû calculer de nouveau le chiffre de cette fréquence, et nous croyons que cela résulte de la propagande faite auprès des parents de ces élèves.

L'hon. M. MACKENZIE: Est-ce que le résultat le plus important de cette éducation doit être la libération de la peur?

M. LOCKHART: Jusqu'ici beaucoup de femmes ont-elles choisi la profession de dentistes?

Le Dr. GULLETT: Relativement très peu. A la faculté d'art dentaire de l'Université de Toronto, il y a présentement 252 élèves, dont 6 à 8 femmes. Quelqu'un a demandé tantôt combien il y a d'élèves dans les facultés d'art dentaire du Canada. Il y en a 506. Nous avons cinq facultés, au Canada.

Mme CASSELMAN: Monsieur le président, est-ce qu'on s'occupe d'activer le recrutement de cette profession? Ceux qui désirent y entrer obtiennent-ils un sursis de l'autorité militaire?

Le Dr. WALSH: Oui. L'étudiant accepté par une faculté d'art dentaire obtient un sursis pour la durée de son cours.

Mme CASSELMAN: Et les jeunes qui ne sont pas prêts encore à y entrer mais s'y préparent? C'est une question qui va se poser encore durant un certain nombre d'années après la guerre.

Le Dr. WALSH: Nous venons de terminer une enquête, de concert avec la Commission de recrutement et de répartition du personnel médical. Nous n'avons aucun pouvoir. Qu'un étudiant se présente à ma faculté d'art dentaire, à McGill, et manifeste le désir d'y entrer plus tard, mais en soit empêché du fait qu'étant en 1ère année du cours des Arts il est soumis à l'appel du Service sélectif, et je pense bien que le Service sélectif, se fiant à la recommandation du comité consultatif dentaire de la région, accordera un sursis au jeune homme.

M. MCCANN: Est-ce tout? Ne lui accorde-t-on pas le sursis à condition qu'une fois diplômé il s'enrôle en qualité de dentiste?

Le Dr. WALSH: Oui.

Le PRÉSIDENT: En certain cas, vous exigez moins des élèves qui veulent entrer à votre faculté?

Le Dr. WALSH: Nous ne pouvons tailler dans les conditions requises autant que le désireraient certains d'entre nous, car nous devons respecter les exigences des commissions provinciales. Celle du Québec exige de l'étudiant deux années complètes d'Arts et de Sciences. J'aimerais, pour ma part,—mais nous n'y pouvons rien—faire suivre à nos futurs élèves une seule année d'Arts et de Sciences, qu'ils poursuivraient durant l'été en étudiant trois matières scientifiques, après quoi nous les admettrions. Nous n'avons encore rien coupé aux conditions requises.

M. FAUTEUX: Monsieur le président, étant le seul ancien dentiste à la Chambre des Communes, je crois de mon devoir de dire quelques mots au Comité. Je désire féliciter mes confrères des mémoires qu'ils nous ont présenté ce matin. Tous les membres de ce Comité, j'en suis sûr, connaissent l'importance des dents. Vous avez tous entendu, sans doute, la phrase suivante: "Be true to your teeth or they will be false teeth"... Nous avons parlé ce matin, monsieur le président, du personnel. Si nous voulons trouver assez de dentistes pour la réalisation de notre projet, ou même seulement pour l'armée, ne serait-il pas bon de recourir à des infirmières-dentistes? D'après ce que l'on vient de dire, je comprends que le point important, en fait d'hygiène dentaire, c'est de s'occuper des enfants. Il est trop tard, à seize ans pour se faire corriger la denture. Ainsi ce qui est très important, c'est la prophylaxie, ce qu'on était

convenu d'appeler le brossage des dents. Je me demande s'il y a, au Canada, un nombre suffisant de dentistes pour s'occuper de cette question importante, très importante. Je me permets de faire cette suggestion aux membres de la profession réunis ici ce matin, afin qu'ils l'étudient. En ce qui concerne les dentistes, lorsque le moment viendra de mettre en œuvre le plan d'assurance-maladie, si nous n'avons pas le personnel, ce sera vraiment dommage pour la profession et le public en général.

Le Dr FORTIER: Je remercie le docteur Fauteux pour sa suggestion et, en réponse, je puis dire que le fait d'octroyer des licences aux hygiénistes dentaires permaments a certainement ses bons cotés. De plus, je crois que certains conseils provinciaux—le conseil provincial du Québec est à étudier la question—et nous sommes d'avis que cela serait d'un grand secours pour l'enseignement oral de la prophylaxie. Nous savons que les hygiénistes dentaires, c'est-à-dire les hygiénistes dentaires américains, étant donné qu'il n'en existe pas au Canada, devraient être de préférence des femmes parce qu'en matière de propagande sanitaire, la femme sait nécessairement mieux comment approcher un enfant et intéresser son jeune esprit sous ce rapport. Nous avons pris en considération et nous étudions encore la possibilité d'émettre des licences aux hygiénistes dentaires permanents dans la province de Québec et je suis certain que cette idée gagnera du terrain une fois l'étude de ce plan d'hygiène terminée. Cela sera d'un grand secours pour les dentistes tout aussi bien que pour la population s'il était adopté, car cela comblerait une véritable lacune.

M. WOOD: Monsieur le président, le mémoire présenté par le docteur Gullett m'a beaucoup intéressé et plus particulièrement cette partie où il dit que la correction des défauts dentaires devait être opérée avant l'âge de seize ans, et où il recommande la nécessité de renforcir les dents ici, au Canada, chose qui, je crois comprendre, devrait être faite avant cette âge.

M. LOCKHART: Puis-je poursuivre cette idée? Pourquoi les femmes, ne sont-elles pas admises en plus grand nombre dans les collèges dentaires? Je tiendrais à avoir une réponse.

Le Dr WALSH: En ce qui concerne l'admission des élèves, les portes sont grandes ouvertes; il s'agit simplement d'une question d'admissibilité. Les jeunes filles, tout comme les jeunes gens, peuvent être admises à un collège dentaire pourvu qu'elles aient le diplôme voulu. Nous nous efforçons de les y intéresser. Nous envoyons nos annuaires aux diverses écoles secondaires et aux collèges du pays et nous demandons aux élèves de les consulter. Nous demandons de signaler aux élèves que l'art dentaire a besoin de plus de jeunes gens.

M. LOCKHART: Et de jeunes filles également.

Le Dr WALSH: Nous n'insistons pas en ce qui concerne les jeunes filles.

M. LOCKHART: C'est là le point.

Le Dr WALSH: La profession dentaire est bien prête à considérer le cas des jeunes filles. Nous avons une jeune fille à notre collège actuellement.

M. HOWDEN: Quelle sont les aptitudes requises?

Le Dr WALSH: Les aptitudes sont les mêmes au Canada et aux Etats-Unis; pour être admis à un collège dentaire, l'intéressé doit avoir suivi les cours d'arts et de sciences pendant deux ans, quatre ans en temps de paix. Actuellement le cours dentaire est de trois ans, trois années civiles.

Le Dr GULLETT: Nous nous rendons compte que l'orthodontie est un des éléments importants de toute l'organisation en ce qui concerne l'hygiène buccale des enfants. Jusqu'à présent, ce n'était qu'un service de luxe qui requiert beaucoup de temps de la part du technicien. C'est un service spécial. Nous tentons actuellement une expérience intéressante et elle est assez avancée pour que nous sachions ce qui peut être accompli en matière de traitement orthodologique

préventif en le fournissant aux tout jeunes enfants. A l'heure actuelle, ce service est fourni par la ville de Toronto. C'est un travail intéressant, et dans un plan de cette nature il offre de grandes possibilités.

M. HOWDEN: Présentement, quels moyens avez-vous à votre disposition pour l'éducation dentaire?

Le Dr THOMSON: Présentement, les associations dentaires organisées dans chaque province ont ce que nous appelons un comité d'hygiène dentaire. Elles financent leur propre organisation pour entreprendre, dans leur province des travaux d'hygiène dentaire exécutés sous les auspices du service d'hygiène provincial. La Canadian Dental Hygiene Council, organisme professionel d'hygiène publique que je représente, travaille sous la direction du ministère des Pensions et de la Santé nationale. J'ai dit direction; des fois il s'agit de support financier, d'autres fois, de direction. Nous nous chargeons de coordonner les divers aspects de l'hygiène dentaire et de la propager. En d'autres termes, le *Canadian Dental Hygiene Council* fournit un comité à service continue pour la poursuite du travail d'éducation d'hygiène dentaire, ce qui est d'un grand secours pour les provinces où les dentistes sont surchargés de besogne; le conseil est invité à fournir les services d'un membre pour faire ce travail.

M. HOWDEN: Par quels moyens pouvez-vous exécuter ce programe d'éducation des pères et des mères?

Le Dr THOMSON: Il existe une organisation très complète de toutes les sociétés d'œuvres sociales et de bien être au Canada. Elles ont toutes coopéré en fournissant les moyens d'atteindre personnellement les intéressés. Les organismes féminins et les clubs d'œuvres sociales ont également coopéré. Vient ensuite la publication de tracts préparés spécialement pour distribution au Canada par catégorie d'âge. Nous avions une bibliothèque, mais elle est vidée. Nous avons aussi des projections et pellicules cinématographiques—de magnifiques films instructifs, puis les pancartes. Le tout est complémenté de services personnels lorsqu'ils sont disponibles.

Mme CASSELMAN: Monsieur le président, la profession dentaire a-t-elle considéré la question de l'usage du tabac comme une partie de l'éducation sanitaire; a-t-elle considéré que l'usage du tabac est nuisible à l'hygiène de la bouche?

Le Dr THOMSON: Monsieur le président, je crois que c'est une question à laquelle le docteur Walsh pourrait répondre. En dépit de tout ce qui pourrait être dit, je vais continuer à fumer. Cependant, je crois que le docteur Walsh peut répondre à cette question mieux que je ne le pourrais moi-même. Je sais que l'on a fait des recherches. Malheureusement, il n'y a pas eu de travail scientifique; l'expérience fut tentée par un individu qui en a fait, plus ou moins, une plaisanterie, et il a prouvé...

Mme CASSELMAN: Vous avez dit prouvé?

Le Dr THOMSON: Il a été prouvé que la présence de bactéries dans la bouche était amoindrie par l'usage de la pipe et également par la cigarette; mais cet amoindrissement ne dure qu'environ quinze minutes. Pour un fumeur habituel, il y a très peu de variation, mais une irritation considérable des tissus.

Mme CASSELMAN: Mais à propos de l'examen scientifique des faits?

Le Dr THOMSON: J'ai dit que la chose avait débuté plus ou moins comme une plaisanterie, mais cela a servi à démontrer qu'il y avait amoindrissement du nombre de bactéries pour une période d'environ quinze minutes après avoir fumé.

Le PRÉSIDENT: Je crois que personne ne peut rattraper le temps perdu.

M. SHAW: Après avoir écouté le mémoire qui nous a été présenté aujourd'hui, je puis conclure avec raison, me semble-t-il, que si le plan d'assurance maladie était adopté, les dentistes disponibles ne seraient pas capables de fournir

plus qu'environ 25 p. 100 des traitements requis, pourvu que l'on veuille bénéficier de ces traitements. Bien que le pourcentage ne soit pas tout à fait le même, la même condition existe pour la profession médicale. L'une des caractéristiques du plan d'assurance-maladie ne serait-elle pas d'encourager, non seulement par l'envoi d'annuaires mais aussi par l'octroi d'une aide financière, les étudiants compétents à étudier l'art dentaire ou la médecine. C'est une des phases essentielle du plan d'assurance maladie, et je demanderais au ministre de dire s'il approuve ou désapprouve cette idée.

L'hon. M. MACKENZIE: Je crois qu'il y aurait quelques difficultés pratiques à mettre ce projet à exécution, mais néanmoins cela me paraît une bonne idée.

M. MCCANN: Une aide financière complémentaire est-elle accordée aux étudiants qui suivent les cours d'art dentaire? Le cas échéant, quel est le montant et d'où provient-il? Mon autre question se rapporte à un point qui vient d'être soulevé...

Le PRÉSIDENT: Peut-être, docteur, permettriez-vous au docteur Walsh de répondre à votre première question.

Le Dr WALSH: Il y a deux sources d'assistance aux étudiants en art dentaire — trois sources devrais-je dire. L'une provient de l'armée, l'autre, des octrois provinciaux. Ces octrois sont donnés aux étudiants de première et deuxième années; en troisième et quatrième années, ils font habituellement partie de l'armée, et de la sorte, ils reçoivent de l'aide durant tout leur cours. Nous avons aussi la bonne fortune de pouvoir utiliser les deniers de la fondation Kellogg; nous y recourons pour effectuer des prêts à 2 p. 100 d'intérêt et nous avons raison de croire que nous pouvons obtenir plus de fonds. Je crois que l'inscription des étudiants dépend beaucoup de l'offre et de la demande. Si nous réussissons à leur démontrer qu'en temps de paix, le pays aura besoin de leurs services, qu'il existera une demande pour leurs services, ils s'offriront d'eux-mêmes et s'inscriront dans nos collèges dentaires. Il s'agit de leur démontrer que le besoin existe.

M. MCCANN: Voici sur quoi porte ma deuxième question: si l'assurance maladie entre en vigueur d'ici deux ou trois ans, les dentistes seront-ils en mesure de se charger de fonctions accrues? Naturellement, je crois que l'on peut répondre plus facilement à cette question par un "non". Voici quelle est réellement la question: quelles dispositions la profession entend-elle prendre pour répondre à la demande et quelles suggestions entend-elle faire au gouvernement fédéral afin d'être en mesure d'ici trois à cinq ans, de répondre à la demande? Si elle n'est pas pour être en mesure de répondre à la demande, ne croit-elle pas qu'il serait préférable d'enlever du projet de loi tout ce qui a trait à l'art dentaire, jusqu'à ce que le nombre des dentistes soit suffisant pour pouvoir rendre des services appréciables?

Le Dr WALSH: Je crois que lorsque le plan national d'assurance maladie entrera en vigueur, nous aurons augmenté nos installations pour les étudiants en art dentaire et que pour cela, nous recevrons l'aide financière d'une source ou d'une autre. Je sais fort bien qu'à l'université McGill, il est possible de n'accommoder que vingt étudiants par classe — c'est le maximum — ce sont les seules installations que nous avons. Maintenant, il faut que nous recevions de l'aide afin de pouvoir augmenter nos installations. Le brigardier Lott est ici et selon sa recommandation, on pourrait peut-être demander à l'Université du Manitoba d'établir un centre d'instruction dentaire, une faculté d'art dentaire. Je crois qu'avec du temps et de l'aide nous pourrons faire face à nos obligations.

M. FULFORD: Monsieur le président, le docteur Thomson a traité à fond la question du soin prénatal des dents, mais il n'a pas parlé du soin qu'il faut leur donner avant l'âge scolaire. Comme différents organismes, le *Victorian Order of Nurses*, par exemple, ont des cliniques pour les bébés, ne serait-il pas possible

d'établir des cliniques pour les enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge scolaire, c'est-à-dire les enfants de moins de six ans? J'ai toujours entendu dire que la carie des premières dents peut se transmettre et qu'elle se transmet souvent à la deuxième dentition. Il est aussi important de s'occuper des dents d'un jeune enfant que de celles d'un enfant plus âgé qui a fait sa deuxième dentition.

Le Dr THOMSON: Il serait peut-être préférable que je commence par la fin de votre question. La carie des premières dents ne veut pas dire que les dents permanentes seront cariées. La carie peut se produire même si les premières dents ont été saines.

M. FULFORD: C'était là une ancienne théorie, n'est-ce pas?

Le Dr THOMPSON: C'est possible. Il y a eu un effort bien organisé en vue de donner des soins aux enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge scolaire. Des cliniques ont été établies dans toutes les grandes villes où il existe des cliniques scolaires. A Toronto, tous les vendredis après-midi sont consacrés entièrement aux enfants qui n'ont pas atteint l'âge scolaire. Du moins, ils sont censés leur être consacrés, mais malheureusement il est difficile d'induire un nombre suffisant de mères d'enfants d'âge préscolaire à amener ces enfants, afin que tout le temps leur soit consacré, avec le résultat que d'autres travaux sont également accomplis durant cette période. Le *Canadian Dental Hygiene Council* s'est efforcé de faire traiter les enfants qui n'ont pas atteint l'âge scolaire aux cliniques dirigées par les différents gouvernements provinciaux et nous avons réussi, en Colombie-Britannique, à faire insérer dans les règlements une clause exigeant qu'un sur six des enfants traités soit d'âge préscolaire, en vue d'induire les dentistes à convaincre les parents de leur amener leurs enfants de cet âge. Il importe de savoir que les dents de lait sont importantes au même degré que les dents permanentes, en autant qu'elles influent sur l'apparence de l'enfant et sur sa mastication; la carie des dents de lait est tout aussi désastreuse pour l'individu que celle des dents permanentes.

M. SHAW: J'apprécie volontiers le fait que l'on accorde, sous certaines conditions, une certaine aide aux étudiants en art dentaire, mais ceux d'entre nous qui ont fait la classe se sont trouvés en face de cas pénibles; il arrive que des enfants particulièrement brillants se rendent à la douzième année, la complètent, puis se voient jetés sur le pavé, sans travail, ou sont forcés de prendre un emploi de manœuvre, alors, qu'ils seraient une magnifique acquisition pour l'art dentaire et la médecine. Je m'intéresse à ce genre de secours et non pas à celui accordé aux étudiants qui, après deux ans d'université, ont démontré qu'ils sont probablement qualifiés pour continuer leurs études. Je voudrais que l'on fît en sorte que les diplômés des écoles supérieures puissent entreprendre des études de ce genre, ce qui leur serait absolument impossible sans aide.

Le PRÉSIDENT: Cela comporte l'examen de l'ensemble du problème de l'éducation, problème que nous pourrons étudier plus tard.

M. SHAW: Je tiens à ce qu'il n'y ait pas de malentendu sur ce point.

Le Dr WALSH: Le docteur Macmillan, président du Comité, pourrait peut-être répondre à cette question mieux que je ne saurais le faire moi-même. Rien n'empêche un élève d'école supérieure bien doué d'embrasser une profession dans laquelle il serait susceptible d'avancement au double point de vue intellectuel et académique. N'importe quelle université canadienne dispose des fonds nécessaires à l'encouragement d'un tel sujet.

M. SHAW: Il n'en reste pas moins que nous, instituteurs, constatons qu'un grand nombre de tels élèves quittent l'école supérieure sans jamais recevoir aucune considération de la part des universités ou autres groupes, ni aucune offre de bourse d'étude.

Le Dr WALSH: Il me semble que si les instituteurs des écoles supérieures coopéraient en se présentant aux doyens des arts et sciences des universités et leur disaient "Voici nos jeunes gens", je crois qu'ils recevraient toute l'aide désirable.

M. ADAMSON: Monsieur le président, j'ai entendu le docteur Gullett, quand il parlait d'orthodontosie, exprimer l'idée que c'était là un luxe. Or, j'ai eu des cas tout dernièrement où il était question d'orthodontosie; on m'a informé que des enfants de 8, 9 et 10 ans devaient avoir leurs dents redressées au moyen de bandage et j'ai été surpris d'apprendre que si les dents de ces enfants n'avaient pas été ainsi redressées cela aurait eu des conséquences fâcheuses et la maladie des dents en aurait résulté. Un grand nombre de dentistes m'assurent que les dents seraient vouées à la carie si l'on ne recourait pas à l'orthodontosie. Or, l'orthodontosie est une opération extrêmement dispendieuse coûtant en moyenne, j'imagine, entre $500 et $1,000. Si nous désirons la santé des dents pour nos enfants quelles dispositions prendrons-nous pour apporter une solution à ce problème de l'orthodontosie?

Le Dr GULLETT: Je crois que le remède consiste à traiter de bonne heure les jeunes enfants. Comme je viens de le dire, c'est ce qu'on essaie de faire en ce moment et on obtient un concours très satisfaisant sous ce rapport. Il est facile de comprendre que plus l'enfant est jeune plus il est aisé de remettre les dents à leur place. Je voudrais faire une autre remarque au sujet des étudiants en art dentaire, parce qu'on a mentionné plusieurs fois le sujet. Après la dernière guerre, leur nombre a triplé, et il y en avait trois fois plus en 1920 qu'en 1918. Tout indique que la même chose va se reproduire, peut-être dans une plus grande mesure, parce que nous avons dans le corps dentaire, comme vous le savez, un grand nombre d'adjoints et de techniciens qui ont exprimé leur intention d'embrasser la profession de dentiste après la guerre. Ce nombre est beaucoup plus grand qu'après la dernière guerre. Ainsi nous ne craignons pas de manquer de personnel pour les cours dentaires. Je voudrais faire encore une autre remarque à ce sujet en réponse au monsieur qui vient de parler, et elle se rapporte à la situation économique. Nous avons considéré la question du point de vue de la santé, mais il n'y a pas si longtemps que les dentistes étaient pour ainsi dire sur les listes de secours aux chômeurs, et dans ces circonstances il est facile de comprendre qu'aucun organisme représentant la profession ne songerait en ce cas à augmenter le nombre des étudiants. Si la situation change, alors ce sera différent; nous n'avons aucun doute que nous pourrions aller dans les écoles secondaires et les différents établissements d'éducation et encourager les bons élèves à se faire dentistes sans aucune difficulté. Nous ne l'avons pas fait au Canada depuis vingt-cinq ans parce que la situation n'exigeait pas un nombre suffisant de dentistes pour justifier les démarches.

M. JOHNSTON: Dans le même ordre d'idées, le point soulevé à diverses reprises par presque tous ceux qui ont pris la parole est qu'il n'y a pas assez de dentistes, et que, surtout quand ce plan de sécurité sociale sera adopté, une des grandes difficultés que nous aurons à affronter sera le manque de dentistes. Je suppose que cela s'applique également à la médecine. Quelqu'un a dit qu'à McGill il fallait suivre les cours de littérature et de science pendant un an ou deux pour se préparer aux cours dentaires; en Alberta il faut d'abord faire deux ans de cours littéraires. Je me demande s'il n'y aurait pas moyen d'abréger cette préparation aux cours de médecine et d'art dentaire sans nuire au résultat final et d'attirer ainsi un plus grand nombre d'étudiants. Le problème économique entre pour une très grande part dans cette question. Un élève qui sort de l'école secondaire, ou qui obtient son diplôme à la sortie, et qui a l'intention de se faire dentiste se voit aux prises avec le problème financier de suivre deux ans de cours littéraires ou de cours littéraires et scientifiques et il n'en a pas toujours

les moyens. Je ne crois pas qu'il devienne meilleur dentiste pour avoir fait deux années supplémentaires de littérature. Je crois que l'idée était plutôt dans le temps, d'élever le niveau intellectuel de ceux qui se préparaient à devenir dentistes, et la même chose pour la médecine. Il me semble que nous pourrions résoudre le problème en grande partie en diminuant la durée des cours préparatoires et au lieu de les fixer à deux ans, les réduire à un an d'études littéraires, et ce serait suffisant pour se préparer à la profession de dentiste. J'ai peut-être tort, mais je ne vois pas comment deux années de cours littéraires, à part de diminuer le nombre des candidats, peuvent bien servir à augmenter les connaissances de l'étudiant quand il a fini son cours dentaire. Je me demande si cela ne pourrait pas être changé. Comment expliquez-vous cette règle?

Le Dr WALSH: Je voudrais avoir l'occasion de m'entretenir longuement avec notre ami parce que nous voyons qu'il a beaucoup à apprendre en art dentaire. Nous avons passé par tout cela. Nous avons vu l'époque où il ne fallait que trois ans après la matriculation pour faire un dentiste, puis il en a fallu quatre, puis un et quatre, et maintenant deux et quatre. Voici la raison. Les sujets biologiques enseignés au cours de la première et de la deuxième année de médecine et d'art dentaire ont fait des progrès au point qu'il est généralement admis que le titulaire d'un diplôme de matriculation n'a pas la capacité mentale pour absorber ce qu'on lui enseigne. Pour vous donner un exemple, nos étudiants en art dentaire, après deux ans de littérature et de sciences, suivent les mêmes classes de biochimie que les étudiants en médecine qui en ont fait trois ans, et qui sont pour la plupart bacheliers. Comme résultat, 25 p. 100 de nos étudiants échouent aux examens tandis que la moyenne n'est que de 5 p. 100 chez les étudiants en médecine. Si vous réduisez les cours préparatoires à un an, la moyenne sera de 40 p. 100; si vous prenez les étudiants tout de suite après la matriculation. pas un ne passera en biochimie. Ils n'ont pas la capacité mentale pour suivre ces cours; ce sont des cours très difficiles et il faut des esprits plus mûrs pour absorber l'enseignement en chimie organique et ainsi de suite.

M. JOHNSTON: En première année de littérature et de sciences on n'apprend pas beaucoup de chimie organique à moins de suivre un cours en art dentaire. Les examens d'admission ne sont pas les mêmes dans tout le Dominion. Les étudiants n'ont pas toujours eu besoin de faire deux ans de cours littéraires et scientifiques pour se préparer à l'art dentaire. Dans certaines provinces ils font tout simplement deux ans d'études littéraires. S'il était nécessaire d'augmenter les cours en chimie organique ou biochimie ou autres sujets, on pourrait facilement le faire sans obliger les étudiants à faire deux ans d'études littéraires.

Le Dr GULLETT: Messieurs, je tiens à déclarer que vous n'améliorerez pas les services rendus par la profession dentaire en réduisant le niveau des aptitudes; cela n'arrivera jamais. Et je tiens également à déclarer ceci: je crois que vous êtes entièrement dans l'erreur au sujet des aptitudes nécessaires pour l'admission des candidats au rang d'étudiants, parce que nous avons un plus grand nombre de demandes, plus de candidats compétents qui désirent se faire inscrire, que nous n'avons de places dans les écoles du Canada en ce moment.

M. MCCANN: La seule difficulté est de trouver de la place?

Le Dr GULLETT: Justement.

M. MCGREGOR: Le sujet des cliniques municipales a été mentionné, et je voudrais savoir si l'association est en faveur de ces cliniques, et dans ce cas, feront-elles partie du plan quand il sera adopté?

Le Dr THOMSON: Monsieur le président, tout sujet de ce genre devra être étudié à la lumière des résultats obtenus par ces cliniques, de leur valeur ou de leur inutilité. Quand le projet sera adopté dans son ensemble, ce seront les pro-

vinces qui dresseront des plans et je crois que le mémoire dit qu'elles adopteront ceux qu'elles jugeront les meilleurs.

M. McGREGOR: On a mentionné dernièrement dans un des mémoires que c'est le cabinet du dentiste qui devrait prendre toutes les mesures et donner tous les traitements. Je me demande...

Le Dr THOMSON: Le docteur Gullett vous répondra mieux à ce sujet.

Le PRÉSIDENT: Docteur Gullett, j'ai une question à vous poser. Est-ce que l'inspection dans les écoles se fait sur une grande échelle ou est-elle négligeable au Canada?

Le Dr GULLETT: Dans les grandes municipalités, monsieur le président, dans la plupart des grandes villes, il se fait une inspection; tout dernièrement, cette inspection a été étendue aux régions rurales, mais seulement dans une faible mesure et je crois, d'après mes renseignements, seulement dans la province d'Ontario et un peu dans le Québec tout récemment.

Mme CASSELMAN: Je suppose que cela indique un sentiment d'infériorité parce que la réponse à la question est évidente. Il n'y a pas de raison pour qu'une femme ne fasse pas un aussi bon dentiste qu'un homme, n'est-ce pas?

Le Dr GULLETT: Comme je l'ai dit, nous estimons que la profession dentaire offre d'excellentes carrières aux femmes. Nous avons essayé d'encourager celles qui cherchent à entrer dans la profession, et nous pensons qu'elles ont de bonnes chances de réussir.

M. HOWDEN: A propos des étudiants en art dentaire, je me permettrai de signaler aux spécialistes ici présents que si les étudiants en art dentaire pouvaient entrevoir, au delà de la réception de leurs diplômes, des possibilités favorables d'existence, il ne serait pas difficile d'en compter un nombre suffisant. J'aimerais entendre ce que vous avez à dire à ce sujet,

Le Dr FORTIER: On a déjà étudié cette question, mais si je puis ajouter un mot, je suis en mesure de vous dire que, durant ces derniers mois, il s'est manifesté une pénurie de techniciens en dentisterie. Si le plan est adopté, nous aurons aussi une rareté de dentistes; mais au cours de ces dernières années, qu'en plaisantant nous qualifions d'années de dépression, il ne manquait pas de dentistes. Il y en avait suffisamment, mais quelques uns d'entre eux ne gagnaient pas assez; normalement, il aurait dû y avoir, à cette époque, une pénurie de dentistes car leurs services étaient tout de même nécessaires et auraient dû être en demande; toutefois, la surabondance des dentistes provenait alors de la situation économique. Et je crois, comme d'ailleurs un de ces messieurs l'a fait remarquer, que dès que cette situation sera redressée et que les jeunes gens, bien doués mentalement et pourvus des titres académiques nécessaires, pourront être raisonnablement certains de gagner leur vie honorablement, ils accourront aux écoles dentaires, pourvu que ces écoles soient alors en mesure de les accommoder.

M. SHAW: Cela dépendra du rajustement économique que nous aurons atteint après la guerre.

Le PRÉSIDENT: Au nom du Comité, j'ai l'honneur de remercier messieurs les docteurs Walsh, Gullett, Fortier et Thomson des exposés lumineux et très précieux qu'ils nous ont présentés. Merci beaucoup messieurs.

Nous avons aussi, au milieu de nous, les représentants du ministère de l'hygiène industrielle. Je prie donc le docteur Archer de présenter les témoins.

Le Dr ARCHER: Monsieur le président, madame Casselman et messieurs les membres du Comité, le programme suivi par ceux qui s'intéressent à l'hygiène industrielle s'est tellement développé, ces dernières années, qu'il est heureux d'avoir, ce matin, l'occasion d'entendre les exposés des détails qui seront néces-

saires à tout plan d'assurance-maladie institué en faveur des travailleurs industriels. Nous sommes privilégiés d'avoir au milieu de nous, ce matin, le docteur J. G. Cunningham, Directeur de la Division de l'hygiène industrielle auprès du gouvernement d'Ontario. Il est aussi le président du Comité de la médecine industrielle de la *Canadian Medical Association*. Est aussi présent le docteur Frank Pedley de Montréal, professeur-adjoint d'hygiène publique et de médecine préventive à l'Université McGill. Le docteur Cunningham fera l'exposé et son collègue et lui répondront ensuite aux questions que les membres du Comité voudront bien leur poser.

Le Dr J. G. CUNNINGHAM, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le docteur Archer, messieurs les membres du Comité d'enquête, comme le docteur Archer l'a dit, nous apprécions vivement l'honneur de pouvoir soumettre à votre étude l'exposé de nos travaux.

Le vaste ensemble des lois industrielles adoptées depuis la révolution de l'industrie porte surtout sur la protection de la santé des ouvriers. Il a fallu l'urgence de la dernière guerre pour hâter, en Grande-Bretagne, l'institution de la première enquête scientifique sur le sujet. Les conclusions des travaux de cette époque et de nos jours ont démontré l'importance qu'il fallait attacher à cette législation pour le plus grand bien de l'industrie et du pays.

La première loi industrielle qui avait en vue l'état de santé de l'*individu* date de 1911, époque à laquelle fut décrété un examen physique périodique dans certains métiers dangereux aux fins de découvrir les premiers symptômes d'empoisonnement, par mesure de protection contre les carences des méthodes mécaniques destinées à supprimer la poussière et les fumées. Ce qui se produisit alors dans le domaine de la santé industrielle, se produisit en même temps dans le domaine de l'hygiène publique; le progrès activé par l'adoption de mesures purement protectrices évolua vers une vue d'ensemble plus concrète de l'hygiène, de son expansion et de son maintien. Cependant, la portée immédiate de cette mesure reposait sur le développement des mesures préventives dépassant les considérations purement déterminées par leur milieu, pour tenir compte de l'état physique de l'individu, attitude qui est devenue le caractère principal des méthodes de protection de la santé dans tous les groupes d'âge. Cela est important, particulièrement à l'égard des adultes puisque le moyen le plus efficace de contrôler la maladie dans ce groupe consiste surtout en diagnostic prompt et conseils immédiats, non seulement dans les affections de moindre importance, mais aussi dans le cas du cancer, des maladies cardiaques, de l'anémie pernicieuse et du diabète. Le procédé s'applique plus facilement aux groupements et de ce fait une belle occasion se présente à l'industrie.

L'industrie manufacturière du Canada, à elle seule, compte 35,000 employés qui s'absentent du travail à chaque jour pour cause de maladie. Un nombre considérable d'autres personnes travaillent même si elles sont souffrantes. Les absences causées par maladie sont dix fois plus nombreuses que celles qui proviennent d'accidents du travail...

M. Maybank:

D. Vous faites allusion maintenant aux 35,000 employés qui, journellement, sont absents du travail pour cause de maladie. Est-ce là une moyenne distribuée sur une période d'années et cela s'agit-il de l'avant-guerre? Ce chiffre de 35,000 vient-il, disons, d'une statistique d'avant 1939?—R. Oui.

D. Cela n'a rien à faire avec le chômage volontaire de maintenant?—R. C'est pire, maintenant. Ce chiffre s'applique aux conditions normales.

D. On arriverait à ces 35,000 en faisant la moyenne d'un certain nombre d'années antérieures à 1939?—R. Oui, mais ce n'est qu'une estimation. Le chiffre n'est pas absolu.

M. Mayhew:

D. Au point de vue de l'ensemble, quel pourcentage ce chiffre de 35,000 représente-t-il?—R. Sur le nombre total des employés?

D. Oui.—R. Pour l'industrie manufacturière, il est de 3 p. 100.

M. Maybank:

D. Ainsi, nous pouvons dire qu'en temps de paix, l'activité ouvrière dans les manufactures s'établit à 97 p. 100 en moyenne?—R. Oui, sous le rapport de la santé.

D. Quatre-vingt-dix-sept pour cent des ouvriers sont en assez bon état de santé pour travailler?—R. Oui.

...de sorte qu'une simple réduction de 10 p. 100 dans l'incidence de maladie équivaudrait à l'élimination de l'accident industriel en tant que facteur de perte de temps.

La perte de temps, n'est pas seule à entrer en jeu, mais nous pouvons nous servir de cette norme pour mesurer ce qui se produit.

Il est amplement prouvé que même avec les avantages de plans établis pourvoyant aux soins de la santé gratuitement, les adultes ne profitent pas des services qui sont à leur disposition aussi promptement qu'ils devraient le faire pour permettre un contrôle efficace de la maladie. Les moyens d'accessibilité et de facilité sont aussi des facteurs importants. L'industrie et le commerce peuvent apporter les services hygiéniques au sein même des groupements, où il est possible de procéder à un prompt diagnostic de la maladie et du mal en vue d'y remédier. La méthode n'est pas nouvelle et il n'est guère besoin d'en prouver la valeur. Plusieurs usines, particulièrement les plus grandes, ici et ailleurs, ont établi des services d'hygiène. Il y a, dans les usines canadiennes, environ 300,000 employés qui bénéficient d'un certain degré de surveillance sanitaire de ce genre.

Le programme

Les lois adoptées en Grande-Bretagne au cours de 1940 permettent aux ministres d'imposer aux industries de guerre l'obligation d'employer le nombre de médecins et d'infirmières voulu "pour exercer la surveillance médicale des personnes au service de l'usine et pour fournir les traitements et les premiers soins dont ces personnes ont besoin." Ce programme ne comporte pas un traitement assidu des maladies; il est borné aux seuls soins qui peuvent être requis dans l'usine. Il implique l'examen médical en vue de placer l'ouvrier dans un travail qui lui convient; il encourage les employés à déclarer au dispensaire de l'usine les affections légères dont ils souffrent, et ces renseignements appuyés d'examens physiques périodiques servent à établir de prompts diagnostics; il permet d'observer le travailleur à son travail, ainsi que les conditions dans lesquelles il travaille, grâce à des inspections régulières pratiquées dans l'usine, et inspirées en partie par le souci de contrôler la présence de maladies professionnelles; il propage l'étude de l'hygiène; il prévient les accidents et il prépare au rétablissement après un accident ou une maladie en collaboration avec le médecin de famille. Ce programme est désigné sous le titre "Surveillance sanitaire".

L'employé et l'employeur

Du point de vue de l'employé, le niveau général de la santé s'est haussé. L'employé est averti du traitement qu'il lui faudrait et il peut profiter des initiatives tentées pour son bien-être par les préposés de l'usine qui ont charge de la protection sanitaire. La réponse des travailleurs aux avantages de ces services a presque toujours été immédiate, et assez unanime pour démontrer conclusivement qu'une réelle demande existait. L'intérêt qui s'est développé chez l'employé au travail influence son attitude vis-à-vis de l'hygiène chez lui.

Le maintien d'une bonne santé chez le salarié ne peut que profiter à l'industrie; à vrai dire, les frais afférents à la formation de nouveaux employés, y compris la plus grande expérience contre les accidents qu'ils ont acquise, le remplacement des absents temporaires et autres dépenses indirectes ont suffi pour induire plusieurs employeurs à instituer volontairement de tels services dans leurs établissements. On exerce une surveillance étroite au sein même de l'usine sur toutes les conditions de travail qui peuvent affecter la santé, ce qui favorise chez l'employé et l'employeur une meilleure compréhension mutuelle des problèmes mutuels, et contribue à l'amélioration des relations industrielles.

Le médecin et l'infirmière

Du point de vue du médecin, l'occasion se présente d'appliquer les principes de la médecine préventive dans les sphères de la santé individuelle et de l'hygiène des milieux au centre d'un des groupes les plus populeux et les plus productifs de la société, et aussi d'observer de près le développement des maladies chez les adultes. Le médecin industriel connaît l'ouvrier à son travail et a accès aux premières indications du mauvais état de la santé. Il peut diriger les efforts faits en vue d'aider la santé par les agences sanitaires bénévoles et officielles dont les initiatives s'exercent dans des milieux industriels différents. De cette manière les conditions pathologiques telles que la tuberculose, la sous-alimentation, les maladies vénériennes, les maladies professionnelles, la fatigue et les défauts d'adaptation au travail peuvent être observées dès l'origine et des mesures appropriées peuvent être prises.

La société

Une moyenne toujours croissante de la population globale parvient à la classe des adultes et le maintien de la santé de ceux-ci dépend dans une large mesure de la promptitude à découvrir la maladie. L'examen physique périodique est préposé à cette fin, mais on en a étroitement restreint l'application à l'industrie, partiellement en raison de sa facilité d'adaptation aux groupements individuels. Il est logique de supposer que l'approche la plus efficace qui peut être faite dans le domaine de la conservation de la santé chez les adultes doit se pratiquer par voie de l'industrie. Quoiqu'une large partie de la population soit occupée à l'agriculture et autres travaux et qu'il n'est pas aussi facile de l'atteindre à ce point de vue, le programme n'en demeure pas moins efficace là où on peut l'appliquer. En temps de guerre, lorsqu'est beaucoup plus grand le nombre de femmes et de travailleurs désavantagés au travail et lorsqu'un effort maximum est exigé, il est nécessaire que cette surveillance "constante" et quotidienne de la santé individuelle et des milieux se pratique, mais il faudrait la continuer durant la période d'après-guerre dans une mesure encore plus large qu'il n'est possible de le faire maintenant, compte tenu de la disponibilité du personnel médical.

L'assurance-maladie et l'hygiène industrielle

Il est important que le programme de la surveillance sanitaire dans l'industrie fasse intimement partie de tout projet d'assurance-maladie

nationale. La médecine industrielle s'est chargée de maintenir la santé chez une large tranche de la population adulte. C'est essentiellement un service préventif accompli surtout par des médecins praticiens employés par l'industrie et touchant des émoluments d'emploi discontinu. Le médecin industriel instaure des mesures propres à favoriser l'hygiène. Il est le diagnosticien et l'hygiéniste du groupe industriel De son accès à ce groupe dépend son utilité à ce titre. Cet accès a été restreint. Les décrets d'assurance maladie appliqués ailleurs n'en ont tenu aucun compte, en partie parce que la médecine industrielle n'a vu son plus grand essor que ces dernières années. Elle est considérée comme un service que l'industrie elle-même devrait mettre au point, avec des conseils techniques appropriés.

D'après l'article 5 de l'avant-projet de loi, la disposition statutaire relative à la santé publique doit comprendre les initiatives énumérées à la Troisième Annexe. Cette annexe, sous la rubrique d'"Hygiène industrielle" comprend la "surveillance des . . . services médicaux et de gardes-malades . . . se rattachant à la santé et au bien-être des travailleurs industriels et autres". Cependant, le bill ne renferme aucun article assurant que ces services médicaux et de gardes-malades seront fournis. Actuellement, leur établissement est fonction de l'intérêt et des données qu'a chaque employeur sur l'avantage de conserver la santé générale de ses employés, même si les salaires sont suspendus lorsque l'ouvrier est absent pour cause de maladie. Les mêmes considérations valent aussi pour la suffisance du programme exécuté, de sorte que des divergences marquées surviennent dans le nombre et la catégorie de médecins employés pour la médecine préventive relativement au nombre des employés.

Recommandations

1. Que des dispositions spéciales soient prises afin que le maintien de la santé des travailleurs industriels et la prévention des maladies générales chez eux soient reliés étroitement à tout plan d'assurance-maladie adopté, le tout en plus du traitement de la maladie lorsqu'elle surviendra, et de la protection aux employés accordée par les lois actuelles des fabriques et des lois sur les accidents de travail.

2. Que toutes les industries comptant plus de cent employés soient tenues d'établir et de maintenir des services médicaux pour l'amélioration de la santé.

   L'arrêté en conseil fédéral n° 1550 rendu sous l'autorité de la Loi des mesures de guerre, exige maintenant que toute industrie de guerre exécutant des contrats pour le gouvernement fédéral, établisse des "services médicaux, chirurgicaux, d'infirmerie et de précautions contre les accidents", à la satisfaction du ministre.

3. Que cette surveillance sanitaire établie par l'industrie réponde aux desiderata des autorités provinciales d'hygiène relativement aux questions telles que l'étendue du programme, l'emploi du personnel spécialisé, et l'obtention des renseignements confidentiels en consultant les dossiers médicaux.

4. Qu'une partie des frais médicaux de la surveillance sanitaire dans ces groupes de travailleurs soit versée à raison de tant par employé, à même la Caisse d'assurance-maladie, à chaque patron qui répond aux desiderata précités. Les avantages qui en résultent ne se limitent pas à l'industrie, mais s'étendent à toute la collectivité.

5. Que ces dispositions soient comprises dans la Loi de l'hygiène.

Le Dr PEDLEY: J'aimerais souligner brièvement certaines énonciations du docteur Cunningham. D'abord, nous nous rendons tous compte que la science médicale progresse très rapidement et que des maladies sont maintenant réprimées qui ne pouvaient aucunement l'être récemment; par exemple, le diabète, et cela vaut pour l'anémie pernicieuse. Nous avons les nouveaux médicaments sulpha grâce auxquels nous pouvons enrayer un grand nombre d'autres maladies. Dans le passé, l'hygiène s'est surtout étendue à l'enfant, à l'enfant en bas âge et aux écoliers, mais à mesure que la population prend de l'âge—le docteur Heagerty va confirmer cette assertion—les groupes de personnes d'âge avancé sont plus nombreux que jadis et l'hygiène chez l'adulte revêt une importance grandissante.

Le docteur Cunningham a essayé de mettre en lumière que l'hygiène industrielle est essentielle à la santé de l'adulte. Dans la prévention de la maladie chez les adultes le facteur essentiel, le facteur le plus important est l'examen médical périodique. Les médecins ont insisté sur son importance. Mais en pratique nous pouvons affirmer que cet examen n'est répandu que dans l'industrie. Par conséquent, si nous approuvons les examens médicaux périodiques comme moyen d'améliorer la santé de l'adulte, nous devrions favoriser les groupements où ils existent déjà, soit dans l'industrie. Ce n'est que dans les industries comptant des services médicaux bien développés qu'on effectue ces examens médicaux périodiques. Nous croyons que la Loi de l'hygiène devrait favoriser le développement de ces services médicaux afin d'augmenter le nombre de ces examens médicaux périodiques.

M. MCCANN: Ne devriez-vous pas inclure les examens médicaux périodiques recommandés par les compagnies d'assurance-vie?

Le Dr PEDLEY: Oui, mais en passant, ils ne s'appliquent pas à la totalité des gagne-petit; ils concernent les assurés ayant au delà de $5,000 d'assurance, et ces derniers constituent un groupe plutôt restreint.

Pour vous donner une idée concrète de ce que peut accomplir l'hygiène, à notre sens, nous croyons que notre époque est la plus adaptée à un programme de prévention de la tuberculose. Nous avons remarqué qu'au pays et aux Etats-Unis la prévention de la tuberculose se fait principalement par l'extension des examens médicaux dans les industries. Il y a aussi les maladies vénériennes. A l'heure actuelle, de nombreuses industries exigent des examens de routine de leurs travailleurs adultes. Nous entendons parler du dépistage d'un grand nombre de cas de maladies vénériennes; pensez au plus grand nombre de ceux qui pourraient l'être si ce service s'exécutait sur une échelle plus vaste que présentement.

Toute la question de la prévention du cancer, l'essence de cette prévention, se ramène à faire de bonne heure, l'éducation du public à l'endroit de cette maladie, et c'est dans le groupe industriel que cette prévention peut devenir un facteur important.

Viennent maintenant les troubles cardiaques. Nous ne connaissons pas grand'chose de leur prévention; nous espérons en connaître davantage, mais s'il doit en être ainsi et que nous puissions appliquer nos connaissances ce devra être par l'application par groupe et ce n'est que dans l'industrie qu'on trouve des groupes d'adultes.

Des maladies comme l'anémie pernicieuse sont extrêmement importantes. Si nous pouvons la dépister à ses débuts nous prévenons ses manifestations graves, et cela vaut pour le diabète.

Il y a encore cette question dont on parle tant de nos jours, celle de l'alimentation. C'est dans le groupe industriel que des connaissances sur les besoins alimentaires peuvent le mieux s'appliquer. Mes observations ne constituent qu'un développement de celles du docteur Cunningham.

M. MAYBANK: Monsieur le président, il nous faudra ultérieurement ajouter le coût de la recommandation nº 4. Avez-vous une suggestion à faire sur ce que coûterait à la Caisse, des versements à tous les employeurs en vue de répondre à tels et tels desiderata. Cela a-t-il jamais été calculé?

Le Dr CUNNINGHAM: Les frais du genre de surveillance sanitaire que vous avez tenté de décrire, seraient pour les groupes—sauf pour les groupes les plus faibles—ils deviennent plus coûteux lorsque les groupes sont faibles—seraient en moyenne dans l'ensembre d'environ $5 par tête par année, et pour un million d'employés ils s'élèveraient à $5,000,000.

M. MAYBANK: Supposons qu'actuellement la compagnie A B C fabrique, disons, des fourches qu'elle donne le service précité, et que les $5 par tête entrent dans le coût des articles fabriqués ou tentent à en faire partie; si le gouvernement versait une contribution de $5 par tête à la compagnie A B C, à l'égard de cette surveillance sanitaire, alors la compagnie en serait débarrassée et par conséquent il n'y aurait pas lieu de majorer d'autant le prix de revient des fourches. Le monde acquitte encore ces frais, ne le croyez-vous pas, docteur?

Le Dr CUNNINGHAM: En fait, il importe à mon sens, vu les dispositions qui existent, que cette surveillance sanitaire se répande par tout le pays vu le facteur de la concurrence, mais le but visé dans le rapport était tout à fait distinct de cette application au pays entier; il importait de prévoir un stimulant pour l'exécution du programme que j'ai tracé. Déjà de nombreux employeurs voient d'eux-mêmes à ce programme, mais il est très important de considérer les intérêts du patron aussi bien que ceux de l'employé pour obtenir des résultats prometteurs.

Le Dr PEDLEY: L'importance du service en question est double. Il serait important à la compagnie ci-haut parce qu'elle doit entrer en possession de certaines sommes et parce que le prix des fourches ne monte pas vraiment de $5. La prévention de la maladie réduirait les frais d'exploitation de cette compagnie, mais elle constituerait aussi un progrès et même un plus grand progrès pour la prévention de la maladie dans l'ensemble du pays.

M. JOHNSTON: Dans l'ordre actuel des choses, des industries rétribuent-elles les médecins?

Le Dr CUNNINGHAM: Les industries qui appliquent la surveillance sanitaire indépendamment des dispositions concernant le traitement par groupe donnent presque toutes des émoluments pour emploi discontinu.

M. JOHNSTON: Vous entendez par là le traitement pour emploi discontinu touché par les médecins ainsi qu'une partie de leur honoraires réguliers pour certains services?

Le Dr CUNNINGHAM: Non; tant que le programme se borne à la surveillance sanitaire et non pas à des traitements actifs, dans presque tous les cas ces médecins s'acquittent de leurs fonctions moyennant une rétribution directe. Mais vu que l'ensemble des industries du pays sont peu importantes, l'emploi des médecins est d'habitude discontinu et comporte des émoluments de ce chef et ces médecins s'occupent aussi de leur clientèle.

M. MAYBANK: D'habitude ces émoluments ne sont pas versés par l'employé qui fait la contribution; il s'agit simplement de surveillance, non pas de soins?

Le Dr CUNNINGHAM: Vous avez raison.

M. MAYBANK: D'habitude les émoluments sont versés par le trésorier de la compagnie.

Le Dr CUNNINGHAM: L'employeur les acquitte.

M. VÉNIOT: Monsieur le président, le docteur Cunningham voudrait-il exposer au Comité les grandes lignes du programme des services médicaux industriels, nous indiquer le personnel qui serait nécessaire et nous faire part des initiatives recommandées.

Le Dr CUNNINGHAM: Le Dr Pedley y consentirait peut -être.

Le Dr PEDLEY: Brièvement, monsieur le président, le programme se ramène d'abord à des examens avant l'emploi ou, comme nous les appelons, des examens antérieurs à l'embauchage, en vue d'établir les aptitudes physiques de l'ouvrier pour le travail qu'il est appelé à faire. Incidemment, on ne s'attend pas à ce que ce programme empêche l'embauchage, mais il est conçu pour assurer un examen très complet à l'ouvrier, y compris des radiographies de la poitrine et des analyses du sang, etc., deuxièmement, il pourvoit aux premiers secours et aux soins aux accidentés, car les industries relèvent de la loi sur les accidents du travail et sont responsables des accidents. En troisième lieu, il stipule l'examen périodique des ouvriers et quatrièmement, il peut fournir un service de médecins consultants pour le prompt diagnostic des maladies qui nécessitent des soins. Il prévoit d'habitude des soins d'infirmières, mais les procédés varient. Il pourvoit à une inspection attentive de l'usine en ce qui a trait aux conditions du travail au point de vue hygiénique et aux risques professionnels, ainsi qu'à un service éducatif en matière d'hygiène pour l'employé. Pour ce qui est du personnel, on a estimé qu'il faudrait un médecin à emploi continu pour chaque groupe de 2,500 employés, ou deux médecins à emploi discontinu pour le même nombre, et une infirmière pour approximativement chaque groupe de 500 employés. Il faudrait peut-être aussi un certain nombre de commis aux écritures dans le cas de l'expansion d'une industrie.

M. KINLEY: Quelle devrait être l'importance d'une industrie pour qu'elle retienne les services d'un médecin à emploi continu?

Le Dr CUNNINGHAM: Monsieur le président, en ce qui concerne la surveillance sanitaire, non pas le traitement des employés—j'essaie d'établir une distinction précise entre l'application de la surveillance sanitaire dans le sens du programme décrit par le docteur Pedley et la question de la constitution de groupes pour le traitement. Ce sont là deux choses différentes. En ce qui concerne cette surveillance dans les circonstances ordinaires, un médecin à emploi continu traiterait environ 2,500 employés. Dans ces conditions, là où les médecins sont moins nombreux, on a suggéré qu'un médecin se charge de 3,000 employés. Les difficultés commencent dès qu'on s'attaque aux risques inhérents aux maladies spéciales du temps de guerre, ou lorsque le roulement de la main-d'œuvre est très élevé dans ces conditions; nous pouvons difficilement en traiter 3,000.

M. KINLEY: En ce qui concerne les indemnités, c'est une question provinciale et elle s'applique à la Nouvelle-Ecosse. Elles y sont versées par l'employeur; les ouvriers n'ont rien à payer, mais en cas de maladie ils ne touchent qu'un pourcentage des salaires, de la Commission des accidents du travail. Autrement dit, l'on estime qu'un ouvrier acquitte sa contribution par le fait qu'il obtient moins lorsqu'il est malade que lorsqu'il est en santé. Vous pouvez facilement comprendre qu'il faut plus à celui qui est malade qu'à celui qui ne l'est pas, et je vois l'un des principaux points faibles de notre loi sur les accidents de travail dans le fait qu'elle prévoit, qu'un ouvrier malade ne doit recevoir qu'une partie de son salaire. La province paie le médecin en vertu de cette loi et l'ouvrier peut choisir son propre médecin ou chirurgien—pas autant son chirurgien quant aux

services spéciaux, parce que je crois que la Commission des accidents de travail choisit un chirurgien au cas d'un traitement spécial pour l'ouvrier—mais vous pouvez vous rendre compte du besoin de coordination quand vous voyez une industrie indemniser ses accidentés du travail, un ouvrier s'adresser à son propre médecin, l'Etat payer le médecin et quand, advenant l'établissement de services d'hygiène dans l'industrie, celle-ci aurait son propre médecin qu'elle rétribuerait. Dans cette éventualité, deux personnes feraient presque double emploi.

Dans votre exposé vous vous élevez passablement contre l'emploi discontinu des médecins, mais cela intéresse au plus haut point les petites localités. Il est difficile d'y répartir le travail de façon naturelle et les médecins de ces endroits sont en butte à toutes sortes d'embarras si on choisit un médecin qui n'est pas le médecin de famille de l'ouvrier. Vous avez donc dit que l'Etat devrait rétribuer un certain nombre de ces derniers. En ce qui a trait à l'application de la loi sur les accidents de travail lorsque les ouvriers ne versent rien mais qu'ils reçoivent moins, ils contribuent tous au fonds commun et ils devraient être indemnisés même un peu plus en cas de maladie parce qu'il leur faut une indemnité plus forte. Il faudra tenir compte de cette question d'indemnité dans notre projet de sécurité sociale.

Le Dr BLACKLER: J'ai ici un chiffre que j'aimerais vous communiquer. Le nombre des travailleurs industriels d'après les dernières statistiques était de 1,800,000. Leurs services sont continus, mais les industries comptent un certain nombre d'employés à services discontinus, et 75 p. 100 de ceux-ci se trouvent dans les usines dont le personnel est de 100 ouvriers ou plus. Ces ouvriers représentent des familles d'environ trois personnes. On ne saurait donc mésestimer l'importance pour l'employé d'une usine de communiquer aux siens les données qui lui ont été fournies sur l'enseignement de l'hygiène.

Le PRÉSIDENT: Je veux exprimer les remerciements du Comité aux docteurs Cunningham, Pedley et Blackler pour leur présence aujourd'hui et pour leurs exposés.

M. SHAW: Avant l'ajournement, monsieur le président, je veux savoir si l'on ne pourrait nous remettre les mémoires avant l'heure de la réunion du Comité. Lorsqu'on nous les remet à la réunion même, nous avons quelque difficulté à les examiner aussi attentivement que nous le voudrions alors qu'on les lit. Je me rends compte que ma suggestion pourrait être parfois de réalisation difficile, mais je la fais tout de même.

Le PRÉSIDENT: Ce serait désirable s'il y avait possibilité d'y arriver, mais cela n'est pas toujours facile. Je ferai de mon mieux pour vous donner satisfaction.

Le Comité s'ajourne au vendredi 14 mai, à 11 heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 10

SÉANCE DU VENDREDI 14 MAI 1943

TÉMOINS:

Le docteur Ernest Couture, directeur de la Division de l'hygiène maternelle et infantile, ministère des Pensions et de la Santé nationale, Ottawa.

Le docteur John Puddicombe, médecin accoucheur, membre du Comité scientifique consultatif de l'hygiène maternelle.

M. H. H. Hannam, président de la Fédération canadienne de l'agriculture et délégué du Comité d'assurance-maladie de la Fédération.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le VENDREDI 14 mai 1943.

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 (*Edmonton-est*), MM. Cleaver, Côté, Donnelly, Fulford, Gershaw, Gregory, Howden, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lockhart, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), Macmillan, McCann, McGarry, Mayhew, Picard, Shaw, Slaght, Veniot, Warren, Wood et Wright—26.

Le docteur J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, est appelé; il présente les témoins suivants:

Le docteur Ernest Couture, directeur de la Division de l'hygiène maternelle et infantile, ministère des Pensions et de la Santé nationale, Ottawa;

Le docteur John Puddicombe, médecin accoucheur, membre du Comité scientifique consultatif de l'hygiène maternelle;

Le docteur George Campbell, spécialiste en maladies infantiles; et

Le docteur Lloyd P. MacHaffie, conseiller hygiénique des écoles publiques d'Ottawa et membre du Comité scientifique consultatif de l'hygiène infantile.

Le docteur Couture est appelé; il présente un mémoire traitant de l'hygiène maternelle et infantile et est interrogé par les membres du Comité.

Le docteur Puddicombe est aussi appelé et interrogé.

Le président remercie les témoins qui se retirent.

M. H. H. Hannam, président de la Fédération canadienne de l'agriculture et délégué du Comité d'assurance-maladie de ladite Fédération, est appelé. Le temps ne permettant pas M. Hannam de soumettre son mémoire, il est proposé par M. McCann que l'opuscule intitulé "Health on the March" (La Santé en marche), distribué aux membres du Comité, soit imprimé dans les témoignages et que l'on fournisse à M. Hannam l'occasion de soumettre, à une date ultérieure, le mémoire qu'il a préparé. La motion est agréée.

L'opuscule susmentionné est imprimé dans les témoignages de ce jour.

Le Comité s'ajourne à midi et quarante pour se réunir de nouveau le mardi 18 mai, à onze heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 14 mai 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Nous traiterons ce matin de l'hygiène maternelle et infantile. J'invite le docteur Heagerty à présenter le premier témoin.

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président, mesdames et messieurs, le premier témoin ce matin sera le docteur Ernest Couture, directeur de la Division de l'hygiène maternelle et infantile au ministère des Pensions et de la Santé nationale. Le docteur Couture s'est occupé, pendant plusieurs années, du problème de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile, au point de vue national; il est, en conséquence, bien qualifié pour comparaître devant ce Comité. Il s'est adjoint des hommes éminents dans ce domaine. Permettez que je vous présente le docteur George Campbell, spécialiste en maladies infantiles bien connu; le docteur MacHaffie, un autre spécialiste en maladies infantiles et membre du Comité consultatif de l'hygiène infantile au ministère des Pensions et de la Santé nationale, et aussi conseiller en matière de bien-être de l'enfant auprès du ministère de l'Instruction publique, pour la ville d'Ottawa, et enfin, le docteur Puddicombe, médecin accoucheur, qui habituellement est des nôtres, mais à qui il prend fantaisie à l'occasion de traiter des patientes de sang royal.

Le PRÉSIDENT: Docteur Couture, veuillez commencer, s'il vous plaît.

Le Dr ERNEST COUTURE, directeur du Service de l'hygiène maternelle et infantile, au ministère des Pensions et de la Santé nationale, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, messieurs les membres du Comité,

(Texte)

Etablir un plan d'assurance sociale à cette heure où il nous semblerait possible que de ne songer qu'aux événements qui se précipitent au delà des mers, c'est faire preuve d'une bien grande sagesse. Il faut préparer la paix par des moyens de paix. Je veux croire que je suis appelé à contribuer à l'élaboration d'un vaste programme de bien-être social. Je veux aussi croire qu'en qualité de directeur du service d'hygiène maternelle et infantile, j'œuvre pour nos familles de demain. C'est à la société canadienne, qui prend naissance et vie dans la famille, que nous entreprenons de léguer des réformes dont un long avenir bénéficiera.

Comme Canadiens-français, nous nous devions de prendre part à un tel projet. Si je dois présenter mon travail en anglais, c'est pour répondre à des exigences d'ordre pratique et afin d'assurer à ce travail tout l'efficace possible.

En raison du temps trop restreint mis à ma disposition, des copies françaises du texte que vous avez en main n'étaient pas prêtes pour distribution sur l'heure Je me ferai cependant un plaisir de vous les faire parvenir sous peu.

(Traduction)

Monsieur le président, messieurs les membres du Comité, soyez assurés qu'en ma qualité de directeur de la Division de l'hygiène maternelle et infantile du ministère des Pensions et de la Santé nationale, j'apprécie hautement l'occasion qui m'est offerte de promouvoir les intérêts des mères et des enfants canadiens

en comparaissant devant le Comité chargé d'étudier le plan d'assurance-maladie. J'espère que ma comparution aura pour effet non seulement de promouvoir le bien-être de ceux que je suis appelé à servir—les mères et les enfants canadiens—mais aussi à établir les données fondamentales et indiquer la solution du problème qui m'intéresse.

Les progrès accomplis au Canada, ces dernières années, méritent d'attirer notre attention. Je désire rappeler brièvement les principales réalisations afin d'établir une ligne de démarcation entre ce qui existe et ce qui reste encore à faire. Les données statistiques depuis 1926 donneront les renseignements voulus. (C'est la première année à l'égard de laquelle nous ayons des chiffres pour l'ensemble du Canada.) En 1941, l'amélioration dans la santé maternelle s'est manifestée par une diminution de mortalité de près de 38.6 pour 100 en regard des chiffres de 1926. Pour la même période, la mortalité infantile accuse une diminution de 41 pour 100.

Parmi les différents facteurs auxquels sont attribuables les progrès de la santé maternelle et infantile, je crois que l'intensification des initiatives lancées, en 1920, par le docteur Helen MacMurchy, en sa qualité de directrice de la Division du bien-être de l'enfant au ministère fédéral de la Santé, et soutenues de plus en plus intensément depuis, mérite une mention particulière. Cette amélioration est attribuable aussi aux progrès accomplis en obsétrique et en pédiâtrie. D'autres facteurs doivent également être mentionnés: les cliniques prénatales et les centres de santé des poupons se sont multipliés, les services de maternité aux hôpitaux ont été augmentés et améliorés, les principes de l'hygiène sont devenus mieux connus et les mesures sanitaires, en plus grand nombre, ont été généralisées. Enfin, citons le travail admirable accompli par les organismes provinciaux dans les campagnes (unités sanitaires, médecins municipaux, et répartition des services d'hygiène par régions).

J'ai été fortement impressionné par le changement d'attitude manifesté par le peuple à l'égard de la santé et de l'hygiène. Ce changement est, sans aucun doute, le résultat de péripéties de la présente guerre. Durant les derniers trois ans et demi, les milliers d'examens médicaux, les articles de magazines et de journaux sur l'alimentation et les avantages d'un régime bien équilibré pour améliorer la santé et neutraliser la détérioration causée par les temps difficiles que nous traversons, ont eu pour effet d'attirer l'attention sur le bon état physique. Ces faits, et beaucoup d'autres, ont mis les gens en éveil sous le rapport de l'hygiène, avec le résultat que les mères n'ont pu s'empêcher de participer à ce nouveau mouvement vers une meilleure santé physique. Et, comme conséquence, l'intérêt qu'elles manifestent à l'égard des résultats de la grossesse et de la santé du bébé est remarquable. Le volume toujours croissant de la correspondance reçue à nos bureaux, et la nature de cette correspondance le confirment. La demande pour notre brochure, *La Mère canadienne et son enfant*, augmente dans de telles proportions qu'il semble impossible d'y subvenir. Ces réalisations sont des plus encourageantes et démontrent que les efforts des organismes de santé publique sont pleinement appréciés.

Toutefois, un examen plus attentif de la question révèle que notre objectif n'a pas encore été atteint. Ce bref aperçu des résultats obtenus démontre clairement que nos efforts ont eu quelque succès. De simples données statistiques n'auraient pas fait voir la situation sous son véritable jour; bien des résultats qui doivent être attribués à des causes indirectes, à des causes en dehors de notre contrôle immédiat, ne sont en conséquence dus qu'en partie à nos efforts, mais je dois insister sur le fait que ce que nous avons accompli jusqu'ici doit nous encourager à poursuivre le travail avec les services déjà établis, et à agrandir notre champ d'action. Et cela d'autant plus que si nous nous comparons à d'autres pays, nous voyons que toutes nos ressources n'ont pas été utilisées et que tous nos efforts n'ont certainement pas été déployés. Il nous faut donc nous convaincre que, sous le rapport de la mortalité maternelle, il nous est possible de faire aussi bien qu'en Angleterre où le taux de

mortalité est au delà de 25 pour 100 plus bas que chez nous, et aussi bien, également, que les Etats-Unis dont le taux de mortalité infantile, qui en 1941 était de 45 par 1,000 naissances comparé à 60 chez nous, est de 25 pour 100 plus bas. Ce qui a été accompli dans ces pays ne devrait pas être impossible ici.

Des taux qui s'appliqueraient à l'ensemble du Canada auraient une tendance à montrer la situation sous un jour plus brillant qu'il n'est véritablement, car les résultats dans les différentes provinces varient grandement; les taux de la mortalité maternelle varient de 2.7 à 4.3 et ceux de la mortalité infantile, de 37 à 80. On peut en dire autant des grandes villes, où les écarts entre les taux sont très grands; elles accusent pour la mortalité maternelle un taux minimum de 2.1 et un taux maximum de 7.0, et pour la mortalité infantile un taux minimum de 24 et un taux maximum de 95.

Un deuxième argument qui prouve que nous pouvons encore faire des améliorations, réside dans le fait que 60 p. 100 des accouchées meurent de fièvre puerpérale, de toxémie et d'hémorragie. Ce sont trois choses qui peuvent être évitées et qui sont susceptibles de guérison.

En ce qui concerne la mortalité parmi les nouveau-nés, ce sont les accouchements avant terme, la pneumonie, l'influenza, la bronchite, la diarrhée et l'entérite, les accidents au moment de l'accouchement, la diphtérie, la tuberculose et la syphilis qui causent 60 p. 100 des décès pendant la première année. Toutes ces conditions appartiennent à la même catégorie que ci-dessus et peuvent également être évitées ou traitées avec succès.

Jusqu'ici nous avons mentionné exclusivement la mortalité comme seul indicateur. Quoique la morbidité ne soit pas un facteur capable d'être déterminé aussi exactement que la mortalité, nous devons cependant le considérer comme un critère appréciable dans la détermination de l'importance du problème.

Certaines autorités prétendent qu'une femme sur dix souffre d'une invalidité quelconque à la suite de l'accouchement. En nous basant sur ce chiffre, nous pouvons dire que chaque année environ 9,000 femmes sur un total de 90,000 souffrent des suites de premiers accouchements ou premières grossesses.

D'après les statistiques fournies par les médecins des écoles, entre 50 et 75 p. 100, des enfants qui entrent à l'école ont quelque défaut physique ou mental plus ou moins important. Et il s'agit là d'un chiffre modéré en ce qui concerne certains centres.

Pourquoi un tel gaspillage de vies et de santé?

La plupart des lettres que je reçois se plaignent trop souvent que les soins font défaut et que les gens n'ont pas les moyens de prendre les précautions nécessaires.

Nous avons dans les régions rurales des moyens très efficaces de contrôler et d'améliorer la santé publique, mais les attributions des unités sanitaires ne comprennent pas les accouchements, de sorte que les femmes enceintes qui habitent dans les régions isolées du pays où il n'y a pas de médecins sont incapables d'obtenir les soins de ces unités sanitaires et cela s'applique à une grande partie du Canada. Voilà la principale raison pour laquelle environ 20,000 femmes accouchent chaque année sans l'intervention du médecin.

Une autre preuve de l'insuffisance des services au point de vue des soins aux accouchées et aux nouveau-nés est fournie par les rapports provinciaux et municipaux sur l'hygiène dans tout le Canada. Je peux vous donner plus de détails sur les différents services provinciaux du Canada. Deux provinces ont des services sous la direction de docteurs. Quelques provinces ont des services maintenant dirigés par une garde-malade et d'autres provinces n'ont aucun service du tout; cette sphère de l'hygiène en est confiée au médecin sanitaire de la province et vous pouvez comprendre facilement qu'avec toutes ses autres occupations il est incapable de traiter efficacement ce problème. Des enquêtes par-ci par-là dans différentes régions nous amènent à la même conclusion; les

services sont répartis d'une manière très inégale. Il faut naturellement s'y attendre vu la diversité de circonstances dans les différentes provinces et municipalités. Néanmoins, nous avons la preuve que ces services ont un champ d'action limité. Bref, on peut dire que les services sont plutôt établis d'après les moyens financiers que d'après la nécessité.

On pourrait dire également que c'est l'indifférence du public qui retarde la propagation des services d'hygiène. Il se peut qu'on n'ait pas fait assez de publicité pour éduquer le public sur la valeur des services et pour l'encourager à faire un plus grand usage des nombreuses facilités qui lui sont offerts.

Nous devons admettre que les services sanitaires ont grandement contribué à combattre les épidémies et les maladies qui, dans le passé, décimaient la population. Nous avons réussi, par exemple, à supprimer la variole et presque toutes les épidémies de typhoïdes, à réduire les cas de scorbut et de rachitisme, et à empêcher la propagation de nombreuses maladies contagieuses, à diminuer les méfaits de la tuberculose, etc. Nous sommes encore engagés dans la lutte contre toutes ces maladies, et en ce moment, encore plus précisément contre la diphtérie. Récemment nous avons essayé de résoudre le problème du cancer et des maladies vénériennes. Ce sont là les quelques-unes des occupations qui absorbent le temps des différentes agences sanitaires, de sorte que jusqu'ici, nous avons surtout essayé de résoudre nos plus urgents problèmes; par conséquent, il est facile de comprendre pourquoi les accouchées et les nouveau-nés n'ont pas reçu tous les soins hygiéniques qu'ils méritent.

Conscients que nos problèmes doivent être résolus à leur source et non pas seulement au moment de leur manifestation, nous sommes d'avis qu'il faudrait adopter un programme bien défini à l'égard des soins hygiéniques à donner aux accouchées et aux nouveau-nés. Ce programme devrait s'étendre à toutes les régions du Canada.

Jusqu'ici tout le monde s'est occupé de ses propres problèmes locaux, mais la collaboration provinciale est nécessaire parce que, de cette façon, nous pourrons réduire le coût des services d'hygiène et attaquer le problème plus près de la racine. Comme on l'a vu dans le passé, les services fédéraux ont grandement aidé la cause des mères et des bébés au Canada. Dans tout projet, nous devons compter sur ces services et sur les grands avantages qu'ils offrent. Un organisme central de ce genre peut obtenir d'autres pays des renseignements et des méthodes qui nous permettront d'établir une comparaison avec ce que nous faisons chez nous et nous indiqueront les améliorations à réaliser. J'ai ici par exemple une lettre de Nouvelle-Zélande qui prouve l'avantage d'un service central; nous sommes en communication avec ce pays depuis des années; je suis au courant de ce qui s'y accomplit et les autorités s'informent de ce que nous faisons. Je crois qu'il est très souhaitable d'établir un organisme central pour l'échange d'idées et de renseignements; autrement, il faudrait que chaque pays étranger s'adresse séparément à quelque neuf agences tandis que cet échange peut avoir lieu par l'entremise d'une agence centrale au grand profit de tout le monde.

Dans la même ordre d'idées, les statistiques fournies par cet organisme seront plus officielles et grâce à leur centralisation, chaque province n'aura pas à les fournir plusieurs fois. Cet organisme embrassera le pays tout entier et donnera des renseignements sur les endroits où les résultats sont anormaux, de manière qu'on saura quand appliquer ou éviter certaines méthodes. Tous ces renseignements sont également susceptibles d'influencer la technique et le point de vue de la médecine dans le pays, de sorte que des cours d'étude ou des efforts pourront être organisés pour résoudre les problèmes en question. Je désire signaler le rôle que peuvent jouer les enquêtes quant aux possibilités d'améliorer les services. Nous en avons un excellent exemple dans ce qui s'accomplit à Chicago dans ce sens: le docteur Bundeson est le médecin hygiéniste de cette ville; il enquête sur tous les décès dans la ville de Chicago qui, comme vous le savez, compte une population égale au tiers de celle du Canada. Il étudie chaque décès et ses constatations l'amènent parfois à ordonner la tenue d'une

enquête. Comme résultat direct de ces investigations, les autorités sont souvent capables de déterminer le facteur qui a causé le décès, en vue d'y trouver un remède quand c'est possible. En raison des travaux ou des investigations du docteur Bundeson, la mortalité infantile est tombée à 28 tandis que la nôtre est de 60 par mille naissances viables. Un organisme central peut servir d'intermédiaire entre toutes les agences sanitaires ou sociales, dont quelques-unes travaillent dans un seule province alors que d'autres assomplissent leurs fonctions dans plusieurs ou toutes les provinces. Nous avons également besoin d'un organisme central pour coordonner les intérêts de la collectivité avec ceux de la profession médicale. Nous avons de nombreuses occasions d'adresser des messages aux docteurs au moyen de la *National Health Review* ou d'une publication spéciale. Avec l'approbation des autorités provinciales cet organisme se chargerait d'appliquer certaines mesures qui, quoique avantageuses, pourraient au début rencontrer une certaine opposition de la part du public, ce qui empêcherait les autorités locales de les mettre en vigueur.

C'est ce qui est arrivé dans une des provinces à l'époque où nous tentions d'établir des unités sanitaires dans les régions rurales du pays. Quelques parties d'une province s'y opposaient fortement, mais les unités sanitaires ont été établies malgré cette opposition, par des moyens extérieurs, de sorte que le public n'a pas pu critiquer les frais ou les dépenses d'un service envers lequel il n'était pas disposé favorablement. Cette aide extérieure est à la disposition des provinces pendant une période de trois ans et il arriva rarement qu'après avoir fonctionné pendant tout ce temps les unités sanitaires soient ensuite abandonnées.

Enfin, un grand nombre de publications, celles, par exemple, qui traitent de la standardisation des soins et qui étudient les problèmes sur une échelle nationale, ne sont commodément distribuées qu'au moyen d'un centre fédéral.

J'ai ici une étude préparée en collaboration avec la division des statistiques démographiques. Elle s'intitule: "Etude sur la mortalité néo-natale dans les accouchements". Les publications de ce genre ont été trouvées très utiles par les professeurs d'hygiène qui les distribuent à leurs élèves.

Un plan qui demande la collaboration du public ne peut pas réussir sans une bonne campagne d'éducation, attendu que seule l'éducation peut faire adopter par le public ce qui est nécessaire à son bien-être et ce qui exige le consentement de chacun. Les publications doivent être à la disposition de tous en grand nombre, même sans crainte de chevauchement, attendu que c'est par répétition continuelle que le public finira par être convaincu. Leur variété doit être telle qu'elles plaisent à tout le monde.

Les messages publiés quotidiennement dans les journaux sont maintenant reconnus comme un des meilleurs moyens de publicité, grâce à l'importance acquise par la presse. Une autre publication donne à la fois des renseignements statistiques et l'étude des facteurs. C'est une étude qui a été très complète; les résultats sont d'une grande utilité car ils ont démontré la nécessité de faire de nouvelles enquêtes sur un grand nombre de situations. Elle a démontré entre autres qu'il était nécessaire d'étudier plus soigneusement le problème des décès dus aux accouchements. Voici, par exemple, un cas signalé par le docteur Bundeson. Les marchands de produits alimentaires se servaient des avis de naissances dans les journaux pour découvrir les nouvelles accouchées et leur vanter les mérites de leurs produits; comme résultat de ces démarches seulement 40 p. 100 des mamans allaitaient leurs bébés. Le docteur Bundeson demanda aux journaux de ne pas publier les avis de naissance et au lieu de recevoir des circulaires de produits alimentaires, les nouvelles accouchées reçurent d'abord la visite de gardes-malades, ce qui fit augmenter le nombre de mamans allaitant leurs bébés de 15 à 20 p. 100 au bout de quelques mois. Cela montre l'influence favorable ou défavorable que peuvent exercer les journaux quotidiens dans le cas de certains problèmes. Nous pouvons et nous devrions faire un plus grand usage des journaux en général.

Le film est une méthode que nous avons été négligents à adopter au Canada et qui pourtant attire l'attention du public d'une manière frappante sur l'important sujet de la santé des mamans et des nouveau-nés. Il vaudrait certainement la peine de recourir au cinéma pour enseigner l'hygiène aux jeunes mamans. Il n'existe pas assez de films de ce genre. En exemple, je vous signale les résultats du film "La naissance d'un bébé". Dans l'espace de huit mois, 750,000 personnes sont allées voir ce film, et ce nombre prouve à la fois l'influence du film et l'intérêt des spectateurs.

Nous avions installé une garde-malade dans le foyer du théâtre pour indiquer au public l'adresse des services dans la ville ou répondre aux questions sur l'hygiène et distribuer des brochures en même temps. Au cours d'une entrevue après une représentation, vingt-cinq jeunes mamans informèrent la garde-malade qu'elles se rendaient compte combien elles avaient eu tort de ne pas consulter le médecin aux débuts de leur grossesse. Quelques-unes étaient enceintes de cinq, six ou sept mois et ne s'étaient pas encore présentées chez le docteur. Le film leur avait révélé l'importance de consulter le médecin et leur avait montré combien elles avaient été négligentes sous ce rapport. Si ce film a produit ces résultats dans une seule ville en quelques heures, vous pouvez calculer son influence dans l'ensemble du Canada.

De la même façon, nous devrions avoir recours à la radio comme moyen de propager les principes indispensables. Je ne parle pas de discours, mais de programmes d'une nature éducationnelle et récréative en même temps.

Nous n'avons pas encore fait rendre son maximum à notre arme la plus puissante, celle des contacts personnels. J'ai parlé de cette mesure à propos du docteur Bundeson et des soins d'infirmerie. Vous trouverez à la dernière page un tableau statistique des réactions dans deux comtés de l'Etat de New-York. Ce tableau indique l'amélioration obtenue grâce aux contacts personnels. Il s'agit des comtés de Kingston et d'Auburn; on s'y est servi des fonds de sécurité sociale pour augmenter le personnel. Après la naissance d'un enfant, un médecin s'informe du caractère de la grossesse, de l'accouchement et des conditions postnatales; on conserve un dossier de ces détails sur une formule spéciale. Ensuite une infirmière visite les mères et examine régulièrement les enfants jusqu'à l'âge scolaire. Le tableau dont je parle indique les résultats obtenus grâce à cette méthode.

Les contacts personnels ne sont possibles que si l'on dispose d'infirmières d'expérience. Or, les provinces reconnaissent toutes qu'elles en manquent sérieusement.

J'insiste sur l'éducation à faire parce dans plusieurs champs d'action la compréhension du public nous a fait défaut jusqu'ici. Par exemple, l'enquête sur les grosseses au Manitoba, conduite en 1938, 1939 et 1940, a révélé que seulement 25 p. 100 des mères ont recours à ce qui est reconnu comme le minimum de soins prénataux. Cela fait donc tous les ans 195,000 mères privées des avantages complets de ces soins indispensables. De même, bien que l'immunisation contre la diphtérie se fasse gratuitement depuis 1926, il n'y a dans certaines localités que 60 p. 100 des enfants qui soient immunisés.

Nous n'avons pas réussi sans doute parce que nous n'en avons pas pris les moyens. Dans une certaine localité, l'an dernier, une campagne de propagande en faveur de l'immunisation par l'anatoxine permit d'élever de 50 ou 100 par mois à 1,000 ou 1,200 par mois le nombre des enfants immunisés. Voilà ce que l'on peut faire à force d'énergie.

La diarrhée et l'entérite ont causé la mort de 1,693 enfants en 1941. Cela révèle dans une grande mesure un défaut d'application des principes de l'hygiène. Une mortalité si forte démontre donc que nous n'avons pas réussi à convaincre de la valeur de ces principes un grand nombre de mères.

Il semble nécessaire d'établir des centres permanents de démonstration chargés de fixer des normes quant aux personnels requis et au caractère pratique de certaines mesures.

Nous ne pouvons, par exemple, fixer le nombre d'infirmières requis dans telle ou telle localité sans connaître le nombre requis dans les autres endroits de conditions comparables. Il suffit parfois d'une seule infirmière pour 7,000 âmes, tandis qu'ailleurs elle suffira à 10,000.

Un grand nombre de problèmes se rapportant à la grossesse, ainsi qu'à la santé des bébés, n'ont pas encore été résolus. Il faut encourager les recherches dans ce domaine par des subventions aux laboratoires universitaires ou par la création de services spéciaux dans les laboratoires provinciaux et fédéraux en vue d'étudier ces problèmes particuliers.

Il existe très peu de facilités pour donner des cours de perfectionnement au personnel de l'hygiène maternelle et infantile. Il y aurait de grands avantages à traiter plus généreusement le personnel, à ce point de vue. A New-York, l'on consacre la plus grande part des crédits, la plus grande part de la subvention de sécurité sociale, à établir des centres de perfectionnement; cela prouve qu'on y reconnaît l'importance de cette reprise de l'enseignement.

Par exemple, pour empêcher avec succès les naissances prématurées, il faut absolument être expert dans les soins à donner, et cette expertise ne s'acquiert qu'au moyen d'études spéciales.

Le problème du soin des mères et des enfants à la campagne est très ardu, au Canada. Les moyens de communication et de transport font souvent défaut, le climat est rigoureux, le personnel et les installations sont limités; aussi est-il impossible d'assurer les services en quetion à une population de 5,254,239 âmes répartie sur un territoire atteignant les deux millions de milles carrés.

Pour bien comprendre l'importance du problème, il faut savoir qu'en 1941, 38 p. 100 des naissances—c'est-à-dire 96,634 naissances—se sont produites à la campagne.

Les services d'hygiène publique ne s'occupent que d'hygiène et ne se sentent donc aucune responsabilité—à quelques exceptions près—envers les mères au temps des couches. Je voudrais que cette conception soit modifiée.

Je vous renvoie de nouveau au tableau de la dernière page. Le comté de St. Lawrence cherche avant tout à se former des infirmières capables de présider aux accouchements et soulager ainsi les médecins, qui sont trop peu nombreux dans cette partie du pays. Vous pouvez juger des résultats obtenus par cette méthode en examinant le tableau de la dernière page.

Donc, au Canada, il faut accorder le premier rang dans tout plan d'hygiène, à la question du soin des mères à la campagne. L'une des solutions possibles est d'offrir aux médecins l'aide d'infirmières expertes en obstétrique, ainsi que de fonder des cliniques maternelles un peu partout, dans les endroits les plus commodes.

Un second pas à faire, c'est la reconnaissance et l'adoption de standards minimums pour nos services d'obstétrique et de pédiâtrie dans les hôpitaux. Une enquête faite dans les hôpitaux d'une de nos provinces a révélé la nécessité d'une certaine uniformisation. Par exemple, quatorze hôpitaux sur vingt-six n'imposaient pas le masque pour les soins de chevet. Quatorze hôpitaux sur vingt-six où cette mesure était négligée! Je ne veux relever que trois ou quatre défauts semblables. Pour la chambre de personnel et de formules, dix institutions sur vingt-six étaient mal organisées. Pour ce qui est de réchauffer les aliments des bébés, etc., 15 hôpitaux sur vingt-six ne donnaient pas un service satisfaisant. Pour le soin des enfants prématurés, les incubateurs, l'organisation du service, dix-huit sur vingt-six étaient en défaut. Je pense que ces révélations prouvent la nécessité de normaliser davantage les services des maternités.

Il faut faire adopter par les cliniques une méthode uniforme de soins prénataux. Aux Etats-Unis, un fonctionnaire de l'hygiène publique, inquiet de voir beaucoup de mères négliger les cliniques, fit une enquête et découvrit que le fait provenait surtout de ce que les mères ne se sentaient pas l'objet d'une attention

suffisante, dans les cliniques. Elles se plaignaient d'y être négligées. Cette situation dépendait des différences de méthodes entre cliniques. Il faut que les médecins prennent connaissance davantage des recommandations du comité du bien-être maternel de la *Canadian Medical Association* au sujet du minimum d'uniformisation des soins prénataux.

Un grand nombre d'études sur l'alimentation durant la grossesse ont démontré son influence sur les conditions de l'accouchement. Il semble que soient indiquées une distribution plus équitable des produits alimentaires, une plus grande facilité de se les procurer et une meilleure connaissance de leur valeur.

J'ai parlé de la septicémie puerpérale comme de l'une des principales causes de mortalité maternelle. Il faut ajouter que ses effets d'invalidation sont de nature à justifier les services d'hygiène de fournir les médicaments qui l'enrayent. Nous avons actuellement les médicaments dits sulpha. On peut invoquer un précédent à cet effet, car les services d'hygiène publique fournissent les remèdes nécessaires au traitement de la syphilis, et le radium pour celui du cancer.

J'ai parlé d'une autre cause de la mortalité maternelle et de la perte de la santé chez beaucoup d'autres mères: l'hémorragie. Si l'enquête sur les grossesses au Manitoba peut nous servir de critère pour le Canada, et je ne doute pas qu'elle le puisse dans le cas présent, il faut conclure que l'usage des transfusions n'est pas assez répandu. Cette enquête a révélé que, sur neuf morts par hémorragie, il n'y avait eu de transfusion que pour un seul cas. On pourrait, grâce à des "banques de sang", généraliser davantage ce genre de traitement.

Pour ce qui est des enfants, la méthode suivante de diminuer la mortalité a donné des résultats sensibles. La première cause de mortalité infantile est la naissance avant terme; elle cause 25 p. 100 des morts durant la première année. En plus de la nécessité d'attirer l'attention du personnel médical et du public sur ce fait, il semble que la meilleure manière de combattre cette cause de mortalité soit de fournir des incubateurs là où il en faut. On diminuerait de beaucoup la mortalité provenant de la naissance avant terme si l'on distribuait des incubateurs dans tout le pays, soit pour soigner l'enfant à la maison, soit pour pouvoir le transporter à l'hôpital. Selon le docteur Hamblin, de Toronto, on multiplie par huit les chances de vie du bébé né avant terme si l'on maintient sa température au-dessus de 96 degrés.

Les dépôts de lait humain servent aussi à sauver la vie des enfants prématurés. Il en existe un à l'hôpital Royal Victoria, à Montréal, et les services qu'il a rendus prouvent, non seulement que ce moyen est pratique, mais aussi qu'en multipliant ces dépôts l'on ferait beaucoup pour réduire la mortalité chez les enfants prématurés.

Lorsque leur usage sera indiqué, les services d'hygiène publique pourront recourir aux médicaments dits sulpha, pour combattre, par exemple, l'influenza et la pneumonie, qui, en 1941, ont fait mourir 2,930 bébés.

L'âge pré-scolaire est pour les enfants une époque extrêmement importante de leur vie, car c'est durant ces années qu'ils acquièrent les fondements de leur santé future. Il faut alors les faire observer régulièrement par les médecins ou aux cliniques, afin de prévenir ou de guérir toutes les maladies, sérieuses ou non, qu'ils peuvent contracter. Il faut garder un dossier sur chaque enfant de cet âge, afin de faciliter le travail du médecin ou de l'infirmière de l'école. Ces documents seront analysés selon des normes bien définies, reconnues partout et visant aussi bien la santé mentale que la santé physique des enfants. Ce sont les enfants de cet âge qui ont été le plus négligés jusqu'aujourd'hui.

Nous devrions aussi établir ces mêmes services dans toutes les écoles. Ils y existent déjà à l'état rudimentaire, mais ils ont besoin d'être perfectionnés. Il faut partout faire examiner les enfants régulièrement et faire un dossier sur chaque écolier, afin de pouvoir le suivre. Mais il ne faut pas nous en tenir à ces mesures négatives de prévention; nous devons encourager l'éducation physi-

que par l'enseignement de l'hygiène, l'encouragement des jeux et la fondation de camps de vacances où les enfants puissent trouver leur part de soleil et de plein air. Le système ne serait pas complet sans un psychiâtre pour s'occuper des problèmes particuliers des écoliers et pour aider, au moment opportun, à l'orientation professionnelle des enfants.

La criminalité juvénile est en train de devenir une plaie. Il faut organiser un "service social", se dévouant entièrement à la réforme des jeunes dévoyés.

Pour financer ce plan, il faut de l'argent. Il n'est possible d'en acquitter le coût qu'en réservant une partie du budget d'hygiène publique à cette fin exclusive. La part à allouer pourra être déterminée par une conférence interprovinciale qui étudiera les besoins des provinces et fixera en conséquence une proportion à respecter. Sans ces précautions, on pourrait retomber dans l'erreur des années passées, qui a été d'employer la totalité des crédits à la solution de problèmes urgents et sans cesse renouvelés, au détriment d'un travail à longue portée ayant précisément pour but de réduire au minimum la gravité de ces problèmes toujours renaissants.

Permettez-moi de répéter que ce plan est fait pour résoudre le problème à sa source plutôt que d'en réduire les effets dans leur plein élan. Tout cela se conforme aux six principes de base du plan d'assurance-maladie, proposés par l'honorable Ian Mackenzie, en particulier lorsqu'il déclarait "qu'aucun plan d'assurance-maladie ne peut réussir succès sans un vaste programme d'hygiène publique d'un caractère prophylactique."

Une étude du 62ème rapport annuel du service de santé de l'Etat de New York nous fera constater l'importance de tout projet spécialement conçu pour l'hygiène infantile et l'hygiène maternelle. Une étude comparative des faits exposés dans ce rapport nous porte à croire que si un projet identique était adopté au Canada, il produirait des résultats très avantageux pour le pays.

En sociologie, la famille représente l'institution la plus puissante. La favoriser, c'est favoriser et protéger toute notre société. On ne saurait mieux démontrer cette assertion que par les exemples dramatiques fournis par la guerre actuelle. Nous espérons fermement qu'un programme d'importance nationale sera tracé en vue de protéger la santé de nos familles. Cela s'impose, d'autant plus que le nombre des naissances, au cours d'une période de cinq ans, représente un-dixième de notre population totale. Pour cette raison, j'ai lieu de prévoir que l'application d'un tel programme aura une grande répercussion sur notre avenir social et national.

La sécurité sociale a donné les résultats suivants dans l'Etat de New York
(En vigueur depuis 1936)

—	Kingston			Auburn			Comté de St. Lawrence		
	Mortalité maternelle	Mortalité infantile	Morts-nés, Taux	Mortalité maternelle	Mortalité infantile	Morts-nés, Taux	Mortalité maternelle	Mortalité infantile	Morts-nés, Taux
Taux moyen annuel:									
1931–35	62·1	68·7	40·6	76·1	40·4	29·3	53·5	70·8	41·9
1936–40	49·3	46·1	26·6	39·2	28·5	23·9	44·6	54·9	36·9
Taux annuels:									
1936	104·0	56·0	26·0	83·0	42·4	18·7	85·0	66·3	38·4
1937	.....	28·6	23·3	20·1	28·7	20·1	63·0	59·8	41·3
1938	78·3	64·2	23·5	18·9	21·5	34·0	27·2	46·4	37·0
1939	46·8	43·6	32·8	20·0	24·7	28·1	33·2	52·1	35·5
1940	24·8	40·8	27·3	55·5	26·4	18·5	16·7	50·6	33·9
1941 (prov.)	.....	.....	.....	39·3	36·1	20·0	41·8	47·8	39·0

Soixante-deuxième rapport annuel du service de santé de l'Etat de New York, p. 248.

Merci, messieurs.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Couture. Monsieur le ministre avez-vous des questions à poser?

L'hon. M. MACKENZIE: Aucune.

Le PRÉSIDENT: Alors nous sommes prêts à admettre les questions des membres du Comité.

M. Blanchette:

D. Je constate que le docteur a parlé du livre "La mère canadienne et son enfant". En passant, je tiens à féliciter l'auteur de ce livre qui a été très répandu dans mon district. Le docteur pourrait-il nous dire combien d'exemplaires de ce livre ont été distribués à date, et s'il est plus facile de se le procurer maintenant que l'an dernier et l'année précédente?—R. Nous avons distribué environ 350,000 exemplaires. Nous avons éprouvé de la difficulté à en garder un approvisionnement, bien que les prévisions budgétaires aient été assez élevées par suite de la forte demande. La proportion du tirage est la suivante: version française, un tiers; version anglaise, deux tiers. Il est question d'en tirer une quatrième édition.

M. Gershaw:

D. Puis-je interroger le témoin sur la mortalité maternelle? Nos statistiques concernent la mortalité depuis le début de la grossesse. En est-il de même pour les autres pays qui ont servi de point de comparaison avec le Canada? De plus, le témoin a-t-il des chiffres comparés sur la mortalité chez les malades qui restent à la maison et chez les malades qui vont à l'hôpital? Ces chiffres sont-ils récents et comprennent-ils les cas pour lesquels on a fait usage des médicaments sulfa pour le traitement de la septicémie puerpérale? —R. Ces chiffres comprennent tous les cas de décès. Il y a une petite différence relativement à la base sur laquelle les données sont publiées. Nous basons nos statistiques sur une définition différente, mais il n'y a pas beaucoup de différence en ce qui concerne la mortalité maternelle. Les chiffres sont comparables à toutes fins pratiques.

La différence principale se trouve dans la définition du terme mort-né qui diffère dans divers pays. En ce qui concerne les médicaments sulfa, naturellement nous n'avons pas de rapport pour indiquer quand on en a fait usage. Du point de vue statistique, il n'y a pas de moyens de savoir quand cette drogue a été administrée.

D. Et les soins fournis à l'hôpital?—R. En pareil cas, il ne faut pas perdre de vue que le taux de la mortalité maternelle à l'hôpital comprend un grand nombre de cas urgents. Par conséquent, il est très difficile de tirer une conclusion sur l'opportunité ou l'inopportunité de l'hospitalisation lorsqu'il s'agit d'accouchement.

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

M. Howden:

D. Je désirerais demander au docteur Couture où se trouve la plus grande nécessité à l'endroit du traitement des femmes enceintes? Est-ce dans les régions rurales ou dans les centres urbains? Je crois que cette question très importante devrait être étudiée par le Comité, car il se peut que nous ne puissions tout faire. Pour moi, il ne faudrait pas, dans toute cette question, perdre de vue l'aspect qui accuse la plus grande nécessité à l'égard du traitement.—R. Il se peut que je ne me sois pas exprimé assez clairement, mais je crois avoir insisté sur la nécessité de traitement dans les centres ruraux au Canada.

D. Bravo! Bravo!—R. C'est là où nous en avons le plus besoin. Naturellement, la difficulté résulte de la distribution clairsemée de la population.

Par conséquent, les médecins ne sont pas en nombre suffisant pour s'occuper de chaque mère en particulier. C'est le principal problème et il est ardu.

D. Puis-je poursuivre par une nouvelle question? Si nous ne pouvons apporter une assistance complète sous ce rapport, quel est le plus petit service, si je puis ainsi parler, que nous pourrions rendre dans ce sens? Serait-ce l'établissement d'unités sanitaires ou de quelque chose d'analogue, ou que suggéreriez-vous?—R. Nous recherchons la solution de ce problème. Chaque province a son mode de service sanitaire rural; chacune est à faire des recherches en vue de trouver quelles sont les conditions dans chaque localité et ce qui pourrait y être accompli avec avantage. Une réponse à cette question ne peut être donnée maintenant. La province du Manitoba a un projet intéressant. Les médecins municipaux sont chargés de la prévention tout aussi bien que du traitement des complications. Ils font les accouchements. Cela peut donner des résultats très satisfaisants. Il y a aussi la formation des infirmières en matière d'obstétrique pour venir en aide aux médecins. Les infirmières seraient, je crois, d'un grand secours pour remédier à la situation dans les centres ruraux du pays.

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

M. McCann:

D. Je tiens à féliciter le docteur Couture pour l'excellence du mémoire qu'il nous a présenté aujourd'hui; je veux le féliciter également—il ne gardera pas toutes ces félicitations pour lui, étant donné qu'elles s'adressent à la profession médicale en général—pour les progrès accomplis depuis plusieurs années dans le domaine de l'hygiène maternelle et infantile. Son mémoire, tout comme nombre d'autres qui ont été présentés au Comité, a, ce me semble, le mérite de démontrer que l'éducation est peut-être le facteur le plus important en ce qui concerne le problème de l'hygiène maternelle et infantile. Un deuxième fait que ce mémoire et d'autres ont démontré est ceci: la profession médicale est bien outillée pour administrer ses soins au public, mais elle a été gênée par suite du manque de fonds. A mon avis, ce sont les deux facteurs dominants démontrés dans plusieurs mémoires présentés devant ce comité. J'en fais mention parce que le Comité est composé de membres de la Chambre des communes, et lorsque les crédits du ministère de la Santé seront étudiés par le comité de la Chambre, je demanderais à nos collègues qui s'intéressent à la santé publique et à la sécurité sociale, de donner leur appui au ministre, d'insister auprès du gouvernement sur la nécessité d'affecter des sommes additionnelles à l'hygiène nationale et plus particulièrement, aux campagnes d'éducation, dans la mesure où cela concerne le ministère fédéral de la Santé. Dans son mémoire, le docteur Couture mentionne la nécessité d'établir un bureau central chargé de l'éducation du public en matière d'hygiène. Est-il d'avis que suivant le plan sanitaire qui doit être établi à une date ultérieure, mieux vaudrait confier ce travail au ministère fédéral plutôt que compter sur les divers services d'hygiène provinciaux pour faire la propagande. Je suis d'avis, et j'entretiens cette opinion depuis plusieurs années, que le centre d'hygiène fédéral est préférable, bien que l'on ait prétendu que la question d'hygiène relève du domaine provincial. Si nous voulons faire de la propagande en matière d'hygiène ou fournir, relativement au Canada, des statistiques qui seraient utiles aux Canadiens ou qui pourraient servir à d'autres nations, aux autres dominions, par exemple, ce mode de propagande, ces statistiques et ce genre d'éducation devraient être confiés à des fonctionnaires fédéraux salariés. Je crois que c'est l'un des buts de la nouvelle loi d'hygiène publique et je tiendrais à ce qu'elle ait une plus grande portée. Je me permets de demander de nouveau avec instance aux députés qui font partie de ce Comité d'accorder leur entier appui au ministre lorsque les crédits seront présentés à la Chambre, et de faire en sorte de convaincre leurs confrères qui ne sont pas membres du

Comité et qui sont par conséquent moins intéressés à la question de la nécessité d'une campagne d'éducation en matière d'hygiène publique et que jusqu'à présent le plus grand empêchement fut le manque de fonds.

M. VENIOT: Monsieur le président, le docteur Couture aurait-il l'obligeance d'exposer brièvement comment il se fait que le taux de mortalité maternelle ou de mortalité maternelle et infantile est plus élevé au Canada qu'ailleurs?

Le TÉMOIN: A mon avis, la réponse à cette question exigerait une longue dissertation. Il y a un grand nombre de facteurs. Une étude a été faite au Manitoba, il y a deux ou trois ans, en vue de découvrir ces facteurs. Cette enquête portait sur quelque 22,000 cas de grossesse; l'analyse des données n'est pas encore terminée, mais je suis convaincu que nous en retirerons des renseignements précieux qui nous permettront de répondre à votre question.

M. VENIOT: Pourriez-vous nous dire brièvement pourquoi il y a moins de danger lorsque l'accouchement a lieu à l'hôpital?

Le TÉMOIN: Comme il m'a été donné d'avoir une certaine expérience en la matière, je peux paraître préjugé en faveur de l'hôpital vu que presque tous mes cas étaient des cas d'hôpital. On ne peut pas toujours prévoir les éventualités. A l'hôpital, nous avons à notre portée tout ce qu'il faut en cas d'urgence ou de complications imprévues. Par exemple, une transfusion peut être nécessaire après un accouchement normal, et en pareil cas ce n'est pas une question d'heures, mais bien de minutes. Pour ces raisons, j'incline à favoriser l'hôpital.

Le PRÉSIDENT: Docteur Puddicombe auriez-vous des observations à ajouter?

Le Dr PUDDICOMBE: Monsieur le président, ce que le docteur Couture vient de dire est bien vrai. A l'hôpital nous avons des installations qui nous manquent lors des accouchements à la maison. Chaque accouchement est un cas d'urgence—en ce sens que l'enfant se présente quand il le veut bien et non pas quand la mère ou le médecin le désire, et, de plus, il n'est pas toujours possible d'avoir l'aide nécessaire pour les accouchements à la maison. Je ne crois pas qu'il soit possible que tous les accouchements se fassent à l'hôpital, mais peut-être qu'avec un peu moins d'apathie de la part de la profession médicale en ce qui concerne les cas maternels et un bon mode d'éducation, nous pourrons améliorer nos statistiques. Le docteur Couture a été quelque peu sévère à notre égard au sujet des statistiques, mais il l'a probablement fait dans le but de frapper les esprits.

M. MCCANN: Monsieur le président, je tiendrais à ajouter ce qui suit aux remarques du docteur Couture et du docteur Puddicombe: ce n'est pas tant une question de choix, qu'une question d'installation et d'économie, surtout d'économie. La plupart des gens n'ont pas l'argent pour payer les frais d'hôpital et si les conditions que nous espérons créer avec l'assurance-maladie permettent à tous ceux qui en auront besoin d'être traités dans des institutions, le pourcentage des hospitalisés augmentera immédiatement et le taux de mortalité diminuera. Les médecins qui pratiquent dans les districts ruraux doivent utiliser les moyens qu'ils ont à leur disposition; en bien des cas, ce n'est pas une question de choix pour eux; il ne s'agit pas de choix non plus pour les malades si le médecin ne peut pas donner un meilleur service; il doit utiliser les moyens qu'il a à sa disposition.

Le PRÉSIDENT: Docteur McCann, je suppose que c'est l'une des raisons pour lesquelles vous avez demandé aux députés d'appuyer la demande du ministre pour une somme plus considérable?

M. MCCANN: Exactement.

M. WRIGHT: Monsieur le président, j'approuve entièrement ce que vient de dire le docteur McCann. Je crois que le taux de la mortalité au Canada est dû en grande partie aux conditions économiques. Je sais que dans le district de la Saskatchewan d'où je viens, le district nord, ce n'est pas seulement une question d'éducation; vous pouvez éduquer ces gens tant que vous le voudrez, s'ils n'ont pas l'argent pour se procurer ce dont ils ont besoin, l'éducation ne suffit

pas. Pour ce qui concerne les districts ruraux au Canada, la principale difficulté est en grande partie attribuable aux conditions économiques et je crois que nous pouvons faire beaucoup pour y remédier.

M. ADAMSON: J'approuve les remarques du docteur Couture. Dans la ville de Toronto, nous avons eu tout récemment un cas pour lequel il n'y avait pas même un lit dans la salle de maternité d'un hôpital. La chose s'est produite la semaine dernière. J'aurais une question à poser au docteur Couture. Avez-vous des statistiques concernant la mortalité infantile lors de la première, de la deuxième, de la troisième, de la quatrième grossesse et des grossesses subséquentes? Autrement dit, y a-t-il, à l'égard des grossesses subséquentes à la quatrième ou à la cinquième, tendance au relèvement du taux de mortalité infantile, et, dans ce cas, existe-t-il des statistiques à ce sujet?

Le TÉMOIN: Oui, nous en avons et il a été prouvé péremptoirement que le premier bébé est la plus grande cause de mortalité. Le taux de la mortalité est plus bas pour le troisième, le quatrième et le cinquième, puis à partir du sixième enfant, le taux de la mortalité s'accroît de nouveau.

Le PRÉSIDENT: Auriez-vous des remarques à faire, docteur Puddicombe?

Le Dr PUDDICOMBE: Oui, je suis du même avis. Le docteur Couture a dit que le taux de la mortalité est plus élevé pour la première grossesse que pour toute autre. La seconde accuse une diminution. La troisième est, je crois, la plus facile. La quatrième est un peu plus difficile. Après le cinquième enfant, le taux de la mortalité augmente. Je crois que les principales causes de mortalité infantile ou de mises au monde d'enfants morts-nés dans les premiers accouchements sont les distortions ou mal d'enfantement; mais quand vous arrivez à la cinquième ou sixième grossesse le danger d'hémorragie devient menaçant et la toxémie est susceptible de s'en mêler par suite de la lassitude ou du manque d'intérêt de la mère qui croit qu'elle a été si souvent dans le même état qu'elle n'a pas besoin des soins dont elle a été probablement entourée au cours de sa première ou deuxième grossesse.

M. SLAGHT: Je voudrais demander au docteur Couture si dans les circonstances les hôpitaux subventionnés sont obligés d'avoir des "banques" de sang et de maintenir une réserve de sang ou si cela est laissé au choix de ceux qui dirigent l'hôpital? A-t-on pensé à établir des règlements pour obliger les hôpitaux subventionnés à avoir une certaine réserve de sang toujours disponible?

Le TÉMOIN: Ma foi, les réserves de sang telles que nous les connaissons aujourd'hui sont d'institution récente. Pour cette raison et par suite du fait que tous nos approvisionnements sont destinés aux fins militaires, on n'a pas encore songé à établir des règlements de ce genre.

M. HOWDEN: Je ne poserai pas de question mais je ferai une déclaration parce qu'à mon avis le moment est opportun de bien faire comprendre la chose au Comité. Je suis sûr que tous les médecins admettront avec moi qu'il existe en matière d'accouchements des cas d'urgence absolument impossibles à traiter à la maison, des cas où même les meilleurs docteurs sont impuissants. Je pense que c'est là une chose que nous devrions savoir, et je serai très heureux d'entendre à ce sujet les spécialistes qui sont avec nous ce matin.

Le PRÉSIDENT: Le docteur Puddicombe va nous renseigner là-dessus.

Le Dr PUDDICOMBE: L'impossibilité dont parle M. Howden est la situation dans laquelle on se trouve au moment de l'accouchement...

M. HOWDEN: En effet.

Le Dr PUDDICOMBE: Comme une hémorragie sérieuse.

M. HOWDEN: L'hydrocéphalie.

Le Dr PUDDICOMBE: Les cas d'hydrocéphalie ne présentent réellement guère de difficulté insurmontable parce que la femme peut être transportée à l'hôpital et le diagnostic de l'hydrocéphalie n'est pas difficile car la distortion est évidente.

M. HOWDEN: Je parle de cas dans les campagnes où il n'y a pas d'hôpitaux d'accès possible. Certains endroits dans notre partie de l'Ouest, non seulement au Manitoba mais dans tout l'Ouest, sont complètement dépourvus d'hôpitaux accessibles, et si un médecin accoucheur découvre un cas d'hydrocéphalie ou de contraction du pelvis à sa première visite que peut-il faire? Quelle chance a-t-il?

Le Dr PUDDICOMBE: Cela naturellement exige les soins d'un accoucheur très capable. Naturellement, il n'y en a pas toujours un à portée, surtout dans la partie du pays dont vous parlez. Je ne sais pas que vous répondre ni ce qu'on devrait faire dans ces circonstances. Il y a certainement des opérations qui causent la mort de l'enfant, et j'imagine que si la femme est abandonnée à son sort, l'enfant finira par causer sa propre mort; c'est-à-dire que l'enfantement causera la mort de l'enfant et qu'il arrivera mort-né. Le fœtus se ramollira si la mère conserve ses forces, et éventuellement elle finira par succomber ou bien toute seule ou bien avec l'enfant; mais si l'enfant obtient suffisamment de force de la part de la mère, il se ramollira et viendra au monde même en cas de contraction du pelvis. Dans les cas où la contraction du pelvis est très grande, il serait naturellement idiot d'essayer de garder la femme à la maison. Si le médecin voit la mère avant l'accouchement, il peut généralement constater s'il y a contraction.

M. HOWDEN: Malheureusement, il y a beaucoup de cas que le docteur ne voit pas avant l'accouchement.

Le Dr PUDDICOMBE: Voilà la difficulté.

M. MCCANN: Continuez. C'est là exactement qu'apparaît le facteur éducationnel.

Le Dr PUDDICOMBE: Oui, et aussi, docteur McCann, comme vous le dites, la situation économique. Je me rends compte que c'est un des points importants de la situation. Les mères ne se font pas soigner avant l'accouchement, comme elles devraient le faire, parce que cela entraîne de plus grosses dépenses, ou du moins c'est ce qu'elles s'imaginent. En réalité je crois que le plus grand nombre des accouchements se font maintenant à forfait, tant pour le tout. Les visites au médecin ne sont pas portées en compte, et on paie seulement un prix global. Si le docteur voit la mère avant et fait un bon accouchement, il reçoit disons $25. S'il la voit trois ou quatre fois, il reçoit exactement le même montant.

M. SHAW: Mais cela demande beaucoup de déplacements de la part de la femme qui habite à 40 ou 50 milles d'une ville. C'est le cas dans certains endroits et cela coûte très cher de faire des visites régulières chez le docteur; il y a là un supplément de frais.

Le Dr PUDDICOMBE: Cela est très vrai; mais si nous avions, comme l'a dit le docteur Couture, des gardes-malades publiques capables de prendre la pression artérielle et de faire de simples analyses d'urine, nous pourrions très facilement réduire les cas de toxémie. Il n'y a pas besoin de médecins pour faire ces choses-là; elles sont très simples. Nous les faisons ici dans ma clinique. Mes gardes-malades font les analyses d'urine pour moi. Je ne les fais pas toujours moi-même; je prends la pression artérielle, mais je crois qu'on peut enseigner aux gardes-malades à prendre la pression artérielle, ce qui réduirait les cas de toxémie si on y donnait suite et si on prescrivait le traitement nécessaire.

Le PRÉSIDENT: La question de M. Howden envisage non seulement les difficultés économiques, mais aussi les difficultés géographiques et les difficultés de transport.

Mme CASSELMAN: On peut aussi dire qu'elle s'applique aux soins des enfants à la maison. Très fréquemment, dans les régions rurales, la mère ne peut aller chez le docteur parce qu'elle ne peut laisser les enfants tout seuls à la maison. Le fait qu'elle ne peut pas s'absenter ne dépend pas de la situation économique mais de la situation domestique. Ce n'est pas seulement une question d'éduca-

tion, comme certaines personnes semblent le croire, il faut être en mesure de suivre les règles apprises.

M. WOOD: Monsieur le président, je pense quelquefois qu'on attache trop d'importance à ce côté économique dans les campagnes. En ma qualité de cultivateur, je sais que lorsque un bon cultivateur tient beaucoup à son bétail il ne trouve pas contraire à l'économie d'envoyer chercher le vétérinaire pour aider sa jument à pouliner ou sa vache à vêler. J'estime que le programme éducationnel est une bonne chose, et je suis également d'avis que nous devrions estimer chaque chose à sa propre valeur. Je me suis souvent demandé au cours de ces séances, du moment que nous jugeons nécessaire d'annoncer les décès et d'enregistrer les naissances, s'il ne serait pas bon après un certain temps de signaler les grossesses aux médecins sanitaires et de rendre plus ou moins obligatoires les soins aux femmes enceintes. C'est là une idée qui m'est venue à l'esprit.

Le Dr COUTURE: Je dois dire que je reçois un grand nombre de lettres de la part de femmes enceintes bien renseignées; elles savent qu'elles devraient se faire soigner mais ce sont les services qui manquent. Par conséquent, en même temps que nous faisons l'éducation des femmes sous ce rapport, nous devrions fournir les services.

M. DONNELLY: Docteur Couture, pour la ditribution des brochures éducationnelles, comment vous mettez-vous en rapport avec le public? Vous adressez-vous au public directement ou bien par l'intermédiaire des médecins hygiénistes dans chaque province? Est-ce que vous envoyez vos brochures aux provinces pour qu'elles les distribuent au public, ou bien les adressez-vous directement vous-mêmes au public? En ce qui concerne l'Ouest du Canada, je puis dire qu'au temps où j'y pratiquais, nous ne connaissions même pas l'existence de ce ministère fédéral. Nous avions recours seulement aux ministère provinciaux de l'hygiène.

Le PRÉSIDENT: Depuis que vous êtes membre de notre Comité, vous devez savoir que ce ministère existe.

M. DONNELLY: Oui. Qu'est-ce que vous faites au juste?

Le Dr COUTURE: Je suis heureux que vous nous disiez n'avoir pas connu alors l'existence de nos services. Nous offrons nos publications aux médecins des ministères de l'hygiène de toutes les provinces et nous leur laissons le soin de les distribuer. J'ai toujours cru, toutefois, qu'il vaudrait mieux maintenir un certain contact avec les gens en répondant aux demandes particulières, ce qui ferait mieux connaître nos services; mais nous laissons entièrement aux autorités provinciales de l'hygiène le choix du mode de distribution de nos publications.

Le PRÉSIDENT: Docteur Couture, le Comité vous est très reconnaissant, ainsi qu'au docteur Puddicombe, au docteur Campbell et au docteur MacHaffie. Avant de passer à autre chose, je demanderais au docteur MacHaffie s'il a quelque chose à ajouter à ce qui a été dit.

Le Dr MACHAFFIE: Je n'ai rien à ajouter.

Le PRÉSIDENT: Et vous, docteur Campbell?

Le Dr CAMPBELL: Moi non plus.

Le PRÉSIDENT: Nous avons avec nous, aujourd'hui, des représentants de la Fédération canadienne de l'agriculture. Je demanderais à M. Hannam de nous présenter son mémoire.

M. H. H. HANNAM, président de la Fédération canadienne de l'agriculture est appelé:

Le PRÉSIDENT: Etes-vous prêt, monsieur Hannam?

Le TÉMOIN: Monsieur le président, mesdames et messieurs, nous sommes très heureux d'avoir l'occasion de paraître devant votre comité. Mais je dois

vous dire que nous avons mal compris ce qui nous était demandé. Nous avons cru pouvoir disposer de la moitié d'une séance et même de plus longtemps pour vous présenter nos travaux. Nous ne nous illusionnons pas sur notre importance, mais nous avons travaillé très longtemps au sujet de l'assurance-maladie dans les campagnes, au Canada. Nous avons publié une brochure et l'avons distribuée dans tout le pays; elle a été étudiée par des cercles d'études et divers groupes; elle envisage la question non seulement au point de vue des cultivateurs, mais de toute la population. Le point de vue qu'elle réflète n'est pas celui du cultivateur. Les membres affiliés de notre fédération sont au nombre de 350,000. Je dis "les membres affiliés". Si l'on compte en même temps les familles qu'ils représentent, nous parlons au nom de 1,500,000 personnes. L'autre moitié de la classe agricole n'est pas organisée; c'est pourquoi nous nous sommes efforcés de parler au nom de tous, c'est-à-dire de 3,000,000 de citoyens canadiens.

Le travail que j'ai ici est trop long pour vous le lire d'ici la fin de la séance. Il vaut peut-être mieux que je n'essaie même pas de vous le lire en si peu de temps, pour être juste à votre égard et à l'égard des cultivateurs. S'il était possible de nous donner une heure, ce serait mieux. Je sais combien votre temps est précieux. Je sais combien d'autres témoignages il vous faut entendre, mais je connais en même temps l'importance du nôtre. Est-ce possible, monsieur le président? Je pense qu'il vaudrait mieux revenir une autre fois; une demi-heure, c'est trop peu pour un travail aussi long et aussi important.

M. WRIGHT: Je trouve que nous devrions donner à M. Hannam l'occasion de nous revenir un jour où nous disposerons de plus de temps; je connais un peu le contenu de son travail; je sais qu'il aimerait pouvoir répondre à vos interrogations. Il représente une partie de la population assez considérable pour que nous lui accordions une meilleure réception qu'il ne nous est possible de le faire aujourd'hui.

Le PRÉSIDENT: J'allais le dire aussi. Il représente une très importante partie de la population.

M. WRIGHT: Avant qu'il commence, j'aimeras savoir si c'est un nouveau plan d'assurance-maladie qu'il nous apporte. Est-ce un plan différent de celui qu'ont recommandé ceux qui ont fait à ce sujet des études approfondies depuis quelques années? Ou s'agit-il de commentaires sur le plan soumis au Comité?

M. HANNAM: Non.

M. WRIGHT: Est-ce un nouveau plan?

M. HANNAM: Nous présentons un plan complet, sans aucun commentaire.

M. WRIGHT: Qui n'a rien de commun avec l'autre?

M. HANNAM: Non, et à certains points de vue fondamentaux il est différent de l'autre.

M. DONNELLY: Est-ce le même plan au sujet duquel nous avons reçu des circulaires?

M. HANNAM: Vous voulez parler de la brochure intitulée: La Santé en marche?

M. DONNELLY: Oui.

M. HANNAM: Oui. Je crois que nous avons ici assez d'exemplaires de cet opuscule, où sont exposés les huit principes, avec explications. Nous pouvons vous les remettre dès aujourd'hui, si cela vous plaît.

M. MCCANN: Nous en avons presque tous, maintenant.

M. SHAW: Monsieur le président, si le Comité ne doit pas siéger jusqu'à 1 heure et demie, pouvons-nous nous entendre pour siéger en assemblée spéciale, la semaine prochaine? A moins que le programme ne soit trop chargé.

Le PRÉSIDENT: Notre programme est complet pour deux semaines à l'avance.

Mme CASSELMAN: Ne pourrions-nous pas nous ajourner tout de suite et revenir à 1 heure et demie?

Le PRÉSIDENT: Je crains que ce soit impossible, madame Casselman, car plusieurs d'entre nous se sont engagés. Je conseillerais de verser au compte rendu le travail de M. Hannam; nous pourrons l'étudier plus tard et le comparer aux plans que nous avons déjà étudiés.

M. WOOD: Il y a un inconvénient à cela. J'ai remarqué dans plusieurs des plans concernant les affaires et l'économique une grande quantité de mesures ne pouvant s'appliquer à l'agriculture, à cause de la différence des modes de vie. Et aussi, comme l'a dit M. Hannam, un fort pourcentage de nos fermiers—M. Hannam pourrait peut-être attirer votre attention sur certaines choses à ne pas oublier, sur certains détails intéressant particulièrement les fermiers. Je sais qu'il ne veut pas préparer une loi portant sur l'ensemble de la population. C'est comme la situation d'un fermier qui cherche une ferme; son succès dépend très souvent de cela. Nous savons qu'il risque toujours de perdre de l'argent, et il en perd ordinairement—personne n'a jamais pu dire pourquoi. Il en est de même d'un grand nombre d'autres choses, pour nous de la campagne. Je crois, monsieur le président, que si M. Hannam présente son travail sans pouvoir y ajouter quelques explications, ce travail perdra une grande partie de sa valeur. C'est votre avis, monsieur Hannam?

M. HANNAM: Oui.

M. WOOD: Etant moi-même fermier, je crois pouvoir lire cela dans les remarques de M. Hannam.

M. HOWDEN: Je propose d'entendre le témoin. Si on le retarde, la question ne sera pas étudiée comme elle doit l'être.

Le PRÉSIDENT: Il y avait une autre proposition. A la dernière séance, M. Shaw a, très sagement à mon avis, demandé s'il ne serait pas possible d'avoir les mémoires avant l'audition des témoins. Je sais que ce ne serait pas toujours possible. En fait, c'est presque toujours impossible. Or, voici M. Hannam avec un exposé; quel inconvénient y a-t-il à verser cet exposé au compte rendu? Nous pourrons le lire, et constater les différences avec l'autre proposition; quand M. Hannam reviendra, il pourra nous fournir une explication, et répondre aux questions qui lui seront posées. Voyez-vous un inconvénient à cette méthode?

M. DONNELLY: Voici, je crois, l'essentiel: nous désirons tous, vivement, entendre M. Hannam et comparer sa version avec l'autre. Si nous avions son mémoire au compte rendu, nous pourrions le lire, et nous serions mieux en mesure de le discuter au cours d'une séance suivante.

Le PRÉSIDENT: Oui; nous avons eu le rapport Marsh plusieurs semaines à l'étude.

M. MCCANN: Il faudra qu'il revienne, de toute façon.

M. HOADLEY: Monsieur le président, procédons-nous de la même manière avec tous les autres mémoires?

Le PRÉSIDENT: Pas avec tous, mais je disais que le rapport Marsh nous a été remis dès notre première séance, et nous ne l'avons pas encore discuté. Nous l'avons lu; la plupart d'entre nous l'avons sûrement étudié; et l'auteur de ce rapport sera convoqué un jour devant le Comité. Mais il ne l'a pas présenté, lorsque le rapport a été versé au compte rendu.

M. GREGORY: Je prétendais que nous devrions dès maintenant permettre à M. Hannam de présenter son exposé et de commenter le plan. De cette manière, nous aurons une occasion d'aborder le sujet, nous recevrons une certaine somme de renseignements, et nous pourrons, dans l'intervalle, penser à ce qui a été dit et à ce qui ne l'a pas été. Ensuite, M. Hannam serait invité à revenir traiter le sujet à sa guise, au nom de l'association qu'il représente; et je propose qu'on lui fournisse cette occasion le plus tôt possible. Ce plan peut différer sur certains points des autres plans qui ont été soumis au Comité. Pour ma part, je voudrais que M. Hannam ait une occasion convenable de présenter son mémoire.

listes s'installent naturellement dans les villes car c'est seulement dans les grands centres qu'ils peuvent espérer gagner leur vie. Par conséquent, la répartition des médecins, dentistes et gardes-malades est déterminée plus largement par les opportunités de gagner de l'argent que par les besoins réels du public.

Ce sérieux écart entre les connaissances de la science médicale et son application pratique produit un effet nuisible aux progrès de notre Dominion; et il y a longtemps qu'on aurait dû y remédier.

(b) *La santé est un problème national qui s'affirme de plus en plus sous l'influence des conditions créées par la guerre. En enrôlant les hommes et les femmes de toutes les classes, le Gouvernement fédéral devient par ce fait responsable de la santé publique.*

Le centre de gravité de l'opinion publique incline inévitablement à faire prendre au gouvernement fédéral la direction du programme destiné à résoudre le problème de la santé publique. L'étude mentionnée ci-dessus a indiqué une situation sérieuse avant la guerre. Quand la guerre a éclaté, le problème est devenu plus pressant et de nouvelles phases ont été révélées.

Les enrôlements pour le service armé ont montré une forte proportion de sujets refusés, proportion plus ou moins grande selon les provinces. Pour l'ensemble du Canada, la proportion est de 44 p. 100. Ce pourcentage visant les jeunes gens (qui devraient être en excellent état physique) nous donne lieu de supposer que la santé générale doit être encore plus mauvaise.

Le public a commencé à se demander: "Et nous autres? Et que fait-on du point de vue national pour ceux qui sont refusés pour le service?" Il est admis que le gouvernement fédéral est tenu de fournir des services sanitaires pour les soldats; mais l'improvisation de ces services a causé un manque de médecins, gardes-malades, dentistes et matériel d'hôpital pour la population civile; et les familles des soldats n'ont pas les moyens de se procurer les soins médicaux dont elles ont besoin.

Ce n'est que dans les industries de guerre que le gouvernement fédéral a reconnu le besoin de protection, pour accélérer l'effort de guerre, et qu'il a édicté l'arrêté en conseil 1550 en vue de fournir des soins médicaux et chirurgicaux et des services de nutrition aux employés d'usines; mais dans quelle mesure cet arrêté en conseil a-t-il été mis en vigueur dans l'industrie? Qu'a-t-on fait pour les familles de ces employés? Et que fait-on pour tous les travailleurs canadiens et leurs familles? Les soldats libérés éprouveront-ils les mêmes difficultés de se faire soigner que les anciens combattants de la dernière guerre?... Telles sont quelques-unes des questions que se pose un public intéressé.

Les impôts croissants pour financer la guerre finiront par rendre les citoyens incapables de payer les soins médicaux et rendront l'assurance-maladie d'autant plus nécessaire. Il n'y a aucun doute que le public est en faveur de l'assurance-maladie. A mesure que la situation devient chaotique, le public se rend compte que si un plan d'assurance-maladie avait été adopté depuis longtemps, la santé nationale serait meilleure aujourd'hui; et les services sanitaires civils ne seraient pas désemparés comme ils le sont. Le public se demande pourquoi, quand toutes les classes de la société sont enrégimentées pour l'effort de guerre par l'autorité nationale, cette même autorité n'a pas, au début de la guerre, systématisé les services de santé encore disponibles pour le front domestique.

(c) *Un plan de santé nationale donnerait naissance à un profond sentiment national. La Confédération avait pour but d'encourager l'économie nationale. Il existe en ce moment un grand besoin de raviver cet intérêt.*

Les Pères de la Confédération, en promulguant l'Acte de l'Amérique britannique du Nord en 1867, ne pouvaient pas prévoir notre situation actuelle. L'article 91 assigne au Parlement fédéral un rôle peu important dans le domaine de la santé. Le recensement et les statistiques; la quarantaine en cas d'immigration

et la création et l'entretien des hôpitaux maritimes; l'administration des Indiens et des terres réservées aux Indiens. Peu de temps après la Confédération, les provinces commencèrent à instituer des mesures pour la protection de leurs habitants et le gouvernement du Dominion limita ses opérations sanitaires à une sphère très restreinte.

La contradiction entre les pouvoirs de juridiction et la capacité financière des provinces n'était pas apparente à l'époque de la Confédération. "Mais à cause des modifications d'ordre économique et social survenues depuis soixante-dix ans... les initiatives et les dépenses de l'Etat en matière d'hygiène sont devenues nécessaires à un degré que les Pères de la Confédération n'avaient pas prévu. Les facilités de déplacement de la société moderne, grâce à l'accessibilité et à la rapidité des moyens de locomotion; la croissance des agglomérations urbaines et métropolitaines; l'interdépendance des régions éloignées les unes des autres quant aux approvisionnements de vivres et d'eau potable; les maladies professionnelles et les dangers physiques que comporte la production industrielle à rythme accéléré; la diminution de l'indépendance familiale, du fait de la tendance des membres de la société vers l'état de salarié; toutes ces modifications d'ordre social et bien d'autres encore ont obligé tous les gouvernements à se préoccuper de la santé de leurs administrés". (3)

Il ne faut pas permettre à l'article démodé de l'Acte de l'A.B.N. de s'opposer au progrès national. L'unité de dessein n'a jamais été si essentielle à la préservation de l'état. La santé peut devenir le plus grand lien d'unité, non seulement entre les provinces mais sous le rapport de la nationalité canadienne.

En réalité, la santé en ce qui concerne chaque citoyen canadien, est déjà notre plus grand dénominateur commun; car c'est une nécessité fondamentale à tous les niveaux de la société. Les idées du public sont beaucoup plus avancées que celles de leurs gouvernements ou que celles de tous les partis politiques, car le public voit dans ce problème une nécessité nationale fondamentale, entièrement en dehors de toute barrière artificielle. Le public espère donc que le gouvernement national prendra maintenant les devants et lui permettra ainsi d'aborder la période de rétablissement après la guerre avec un plus grand degré de confiance. Telle est la responsabilité que nous devons accepter.

(d) *Les plans régionaux doivent maintenant être préparés avec prévoyance; et il est essentiel que le gouvernement prenne l'initiative dans ce travail. Il faudrait, pour tout le pays, un plan d'ensemble indiquant les endroits propices où établir hôpitaux, le matériel et le personnel nécessaires pour servir toute la population. Ce n'est que de cette façon qu'on peut effectuer une répartition convenable des installations en vue d'un plan national.*

Ces plans régionaux doivent être préparés avec la pleine conscience de la tâche à accomplir. Cette tâche sera décrite en entier dans la Loi sur l'assurance-maladie; et le gouvernement fédéral, dans le projet de loi, donnera les directives nécessaires.

Le succès de l'application des mesures contenues dans la Loi sera assuré par le degré de compétence du personnel de la commission administrative centrale de la santé et de ses divisions provinciales. La commission centrale devra adopter un point de vue national, parce qu'il existe un urgent besoin de combler les vides manifestes, de manière à mettre toutes les provinces sur un même niveau canadien.

Par exemple, l'inégalité des différents domaines comme celui de la santé publique, la lutte contre la tuberculose, la répartition inégale du personnel sanitaire et des hôpitaux entre les provinces et entre les régions rurales et urbaines des provinces—ce ne sont là que quelques-uns des problèmes à étudier et résoudre par ceux chargés de préparer les plans régionaux qui doivent être élaborés avant que l'assurance-maladie nationale puisse fonctionner avec équité et efficacité dans les neuf provinces.

Principe nº II

L'ADMINISTRATION DU PLAN DOIT ÊTRE SOUMISE À LA DIRECTION D'UNE COMMISSION INDÉPENDANTE, À OTTAWA

Cette commission sera composée de représentants des dispensateurs et des bénéficiaires des prestations, la majorité de ses membres représentant le public en général. De la sorte, la finance, l'industrie, le travail, l'agriculture, les œuvres de bienfaisance, etc., pourront y jouer leur rôle propre.

Quand le gouvernement fédéral aura pris la première mesure qui s'impose, c'est-à-dire l'adoption de la loi nationale d'assurance-maladie, il instituera une commission indépendante d'assurance-maladie, douée de pouvoirs déterminés pour l'application de la loi. Le personnel de la commission sera nommé en tenant compte de sa compétence, ainsi que de façon à assurer une représentation démocratique des divers intéressés à la dispensation et la réception des prestations du système. Cette autorité étant déléguée à une commission indépendante, on n'y verra pas d'intervention de l'Etat, ce qui rassurera les adversaires de l'étatisme.

Principe nº III

LA LOI STIPULERA QUE LA COMMISSION CENTRALE DOIT EXERCER SON AUTORITÉ DANS LES PROVINCES PAR L'INTERMÉDIAIRE D'UNE COMMISSION INDÉPENDANTE NOMMÉE PAR UNE LOI PROVINCIALE ET COMPOSÉE DE LA MÊME MANIÈRE QUE LA COMMISSION CENTRALE

Une telle organisation préviendrait tout conflit d'autorité entre le pouvoir fédéral et les provinces.

L'A.A.B.N. a toujours opposé un obstacle insurmontable à l'organisation de l'assurance-maladie par le pouvoir fédéral; l'article 91 de cette loi, en effet, réserve à la responsabilité individuelle des provinces la santé de la population. Afin de franchir cette barrière constitutionnelle, les provinces passeront chacune sa propre loi établissant une commission indépendante par l'intermédiaire de laquelle la commission centrale exercera son autorité. Les provinces pourront ainsi, sans rien perdre de leur autonomie, s'intégrer au plan national d'assurance-maladie.

Il est évident que l'adoption des lois fédérales et provinciales, l'établissement de commissions administratives et l'organisation du pays tout entier exigeront beaucoup de temps; il faut donc absolument que le gouvernement fédéral se hâte le plus possible d'adopter la loi nationale d'assurance-maladie, afin que l'organisation nécessaire soit bientôt réalisée et qu'il soit possible de commencer le travail.

Principe nº IV

LE COÛT DU PLAN SERA ACQUITTÉ À MÊME LE FONDS FÉDÉRAL DU REVENU CONSOLIDÉ

(a) *C'est le moyen le plus direct et le plus économique de trouver l'argent. Il ne comporte aucun travail supplémentaire, aucun frais supplémentaire d'administration; il suffira d'une seule perception annuelle. Ce sera la contribution de la population, perçue par le canal habituel.*

Le fonds fédéral du revenu consolidé est la source d'où provient l'argent pour toutes les dépenses nécessaires à l'administration de nos affaires nationales. Il n'y a pas de limite au pouvoir de taxation du gouvernement fédéral, tandis qu'il y en a à celui des provinces. Le pouvoir fédéral se procure de l'argent par toutes sortes d'impositions, directes ou indirectes. Les moyens sont si nombreux

qu'ils atteignent toutes les formes d'activité de notre vie quotidienne; tous les Canadiens contribuent donc à ce fonds dans quelque mesure.

Même celui qui possède à peine de quoi se payer une tasse de café contribue par cette dépense au fonds, car le gouvernement fédéral contrôle toutes les importations et en tire des revenus. On peut donc dire que ce fonds représente la richesse de la population canadienne. A quelle source serait-il plus logique de puiser l'argent nécessaire à un système national d'assurance-maladie?

Pour ce qui est du financement de ce plan, nous devons chercher les méthodes les plus simples et les chemins les plus courts. Nous nous intéresserons tous davantage à l'idée du financement de l'assurance-maladie par le pouvoir fédéral si nous comprenons ce que cela peut faire dans le sens de l'unité nationale et pour l'allégement du lourd fardeau des provinces.

La plupart de nos problèmes seraient de moitié moins graves si nous les avions attaqués d'un point de vue fédéral plutôt que provincial. Voici l'occasion d'assurer le financement de l'hygiène publique d'un point de vue canadien, égal à la grandeur de la tâche à accomplir. Aucune organisation nouvelle n'est nécessaire pour obtenir les fonds de l'assurance-maladie; tout existe et fonctionne déjà.

(b) *Le rapport de la Commission royale sur les relations entre le Dominion et les provinces souligne la nécessité d'une autorité centrale pour obvier au danger de la fluctuation des revenus provinciaux durant les périodes de crise.*

Ce rapport (appelé d'ordinaire le "Rapport Rowell-Sirois") nous montre les besoins urgents des provinces avant la guerre et l'impossibilité où elles étaient de financer les services sociaux et les services d'hygiène nécessaires. Il va sans dire que leur situation est encore plus mauvaise aujourd'hui, depuis que la guerre a obligé le pouvoir fédéral à empiéter sur leurs droits de taxation.

Comme nous l'avons dit à l'article I (c), "la contradiction entre les pouvoirs de juridiction et la capacité financière des provinces n'était pas apparente à l'époque de la Confédération". Mais cet écart s'accentue constamment; il faut trouver un moyen de soustraire les provinces à leur fardeau financier. Nous avons déjà indiqué de quelle manière il est possible de respecter leur autonomie administrative. En ayant recours au revenu national du Canada pour financer l'organisation nationale de l'hygiène, on donnera à toutes les provinces la sécurité dont elles ont besoin, afin de pouvoir attaquer collectivement le problème.

La nécessité d'un effort collectif ressort clairement des témoignages présentés par les provinces à la Commission Rowell-Sirois. Voici la situation, en résumé:

Le coût des services médicaux est à la hausse, mais non pas les moyens des gens.

Forte fréquence de maladies et de morts évitables.

Manque de facilités hospitalières, particulièrement à la campagne.

Manque de facilités pour le traitement des maladies mentales.

Les dépenses pour le traitement des maladies mentales se sont augmentées plus rapidement, en proportion, que la population.

Les problèmes du cancer, des maladies mentales, des maladies vénériennes et de la tuberculose, qui ne reconnaissent pas de frontières provinciales, se résoudront mieux sous le coup d'une seule attaque que sous celui de neuf attaques plus ou moins concertées.

Il faut, dans tous les cas, une détection rapide et des mesures immédiates de prévention.

Besoin pressant de services convenablement organisés pour l'hygiène maternelle et infantile.

Augmentation du coût de la vie des enfants à cause des maladies et des morts prématurées.

Besoin lamentable d'aide financière et administrative du pouvoir fédéral—un plan quelconque d'assurance-maladie à l'échelon national—pour arriver à résoudre le problème.

Les provinces admettent les lacunes de leurs services, mais se plaignent de ne pouvoir financer les services qu'elles voudraient offrir à leurs populations.

Le tableau suivant fait voir le grand besoin d'assistance financière qui existe, et démontre la nécessité de négliger les frontières provinciales afin d'assurer une bonne santé à tous les Canadiens également:

DÉPENSES DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX POUR LES PRINCIPALES MESURES PRÉVENTIVES D'HYGIÈNE PUBLIQUE: ET LE TOTAL DES DÉPENSES D'HYGIÈNE PUBLIQUE FAITES PAR CES GOUVERNEMENTS, 1936-1937. (4)

Province	Mesures de prévention, par tête	Toutes les mesures d'hygiène par tête
Colombie-Britannique	$0 60	$3 28
Alberta	0 25	2 22
Saskatchewan	0 23	2 01
Manitoba	0 23	2 20
Ontario	0 19	1 63
Québec	0 24	1 26
Nouveau-Brunswick	0 27	0 76
Nouvelle-Ecosse	0 16	0 85
Ile du Prince-Edouard	0 28	1 67
Moyenne	$0 24	$1 68

On voit que les dépenses faites au Canada pour des mesures d'hygiène préventive n'atteignent pas le minimum de $2 ou $2.50 par tête, considéré par les autorités de l'hygiène publique comme nécessaire à un plan complet de prévention. La base moyenne de 24 sous par tête pour les mesures préventives, sur une moyenne totale de $1.68, révèle ce que sont nos besoins vitaux. "Un programme intensif dans le domaine de la médecine préventive devrait, après un certain temps, sensiblement réduire les dépenses de certains services de santé, notamment celles concernant les institutions pour les malades souffrant de tuberculose et de maladies mentales, et à un moindre degré, celles des hôpitaux pour maladies générales. On ne doit pas oublier aussi que sans un régime complet de mesures préventives le niveau des dépenses d'établissement pour les institutions de santé et pour les hôpitaux montera toujours". (4)

Qu'est-ce qu'une campagne de prévention bien organisée produirait pour le Canada? Citons à ce sujet un passage du mémoire de la Colombie-Britannique présenté devant la Commission Rowell-Sirois, passage qui fait voir une économie possible pour une province seulement:

"La valeur en argent du travail préventif peut être indiquée en faisant reporter les effets des décès et des infirmités causés par la tuberculose et les maladies vénériennes, deux maladies qui peuvent en grande partie être évitées, sur les frais de pension aux mères. En mars 1936, 16.1 p. 100 des pensions aux mères pouvaient être attribués à la tuberculose et aux maladies vénériennes. Le coût annuel des allocations dans ces cas était d'environ $93,000. Si les décès et les cas d'infirmités causés par la tuberculose et les maladies vénériennes étaient réduits de moitié, pendant une période de cinq ou de dix ans, il semblerait donc fort probable qu'on économiserait dans le cas des pensions aux mères seulement une somme d'environ $50,000—presque le coût total de la mise en exécution du programme provincial contre les maladies vénériennes durant l'année financière

1936-1937. De plus, il y aurait d'autres économies, probablement plus considérables, par suite de la diminution du nombre des maladies dans les asiles d'aliénés, les hôpitaux généraux et autres institutions, et de la diminution des demandes d'aide aux nécessiteux, de soins aux enfants, de pensions de vieillesse, etc."

Le manque d'équilibre entre les provinces par rapport à certains services d'hygiène importants nécessite l'intervention fédérale. Nous ne pouvons pas compter sur chaque province pour financer ses propres projets, car alors les conditions déplorables actuelles s'éterniseraient. Ce qui est arrivé dans le passé se produira de nouveau. Une seule année au cours de laquelle les récoltes auraient été ravagées par la rouille, les sauterlelles ou la grêle suffirait pour réduire à rien la situation financière des provinces des Prairies et les empêcher de prendre une part active dans le domaine de l'hygiène.

Même les provinces les mieux industrialisées ne sont pas immunisées contre les périodes d'effondrement. De fait, notre situation économique interne est telle qu'un affaissement dans une province a des répercussions dans tout le pays. Il est donc très important de pouvoir compter sur un fonds stable, parce qu'il a des pouvoirs illimités, des sources de revenus que les provinces ne possèdent pas.

Une superficie comme celle du Canada avec une population peu considérable et clairsemée, sujette à des conditions de prospérité variable, nécessite rien moins que l'intervention financière du fédéral pour assurer la sécurité.

(c) *Ce système de financement signifiera équité pour l'individu, peu importe la province où il vit, ce qui n'existerait pas s'il y avait neuf méthodes de prélever des fonds et que les taxes soient imposées sur l'individu.*

Repassons brièvement les autres méthodes de financement préconisées. La capitation peut être rejetée immédiatement, car inévitablement elle aurait pour effet de punir l'individu ayant de nombreuses charges de familles et n'établirait pas une quotité juste pour les riches. De plus, il serait très difficile de déterminer le minimum au-dessous duquel il serait impossible de percevoir les cotisations.

Il y a aussi le système contributif suivant lequel, l'employé, le patron, les gouvernements fédéral et provinciaux contribueraient à des degrés différents. Ce système prélèverait un impôt sur les affaires, l'industrie, la finance et autres sources de richesse, parce que automatiquement, elles contribueraient pour chaque employé, en plus d'acquitter les taxes sur les corporations, l'impôt sur le revenu, et le reste. Le salarié ne ferait qu'un versement, tandis que le cultivateur contribuerait et comme employé et comme propriétaire. Ceux qui, comme les petits propriétaires de magasins, touchent des revenus variables et imprévisibles, constitueraient un problème nécessitant des rajustements sans fin. Ici encore, il serait difficile de déterminer le minimum au-dessous duquel les gens ne pourraient pas faire de contributions. La prime exigible des contributeurs varierait suivant les provinces parce que le coût de chacun des neuf systèmes serait différent; il n'y aurait pas alors d'équité pour le citoyen canadien et il faudrait opérer des rectifications sans nombre dans le cas d'un résidant d'une province déménageant dans une autre ou changeant d'emploi.

Il est impossible de prévoir la fin des problèmes de rajustement, le coût des perceptions et des commissions d'appel établies ici et là dans le pays. Loin d'améliorer la situation actuelle nous ne ferions que l'aggraver et créer des frais généraux qui seraient supportés par le plan, ou les neuf plans financiers.

Le financement d'un plan national suivant une méthode nationale éliminerait toutes ces difficultés et placerait tous les citoyens canadiens sur un pied d'égalité.

PRINCIPE N° V

LE PLAN DEVRAIT INCLURE TOUS LES CITOYENS

(a) *Cela s'impose car le fait d'adopter une autre politique serait renier la démocratie et détruire l'unité nationale. L'enquête Gallup conduite par l'Institut canadien d'opinion publique a établi que 75 p. 100 des gens, hommes et femmes, riches et pauvres, favorisent un plan d'hygiène national.*

Nous songeons à un plan, d'une portée assez vaste pour permettre aux gens en général de bénéficier entièrement des réalisations merveilleuses de la science médicale. Aucune autre conception n'est digne d'une démocratie. Pour que le programme national d'hygiène soit vraiment efficace, il faut que tous y participent.

A cette période de l'histoire du Canada (et du monde), alors que l'humanité s'agite pour participer aux événements d'où sortira un meilleur genre de vie pour tous, ce serait un malheur de refroidir l'enthousiasme en employant des méthodes qui détruiraient l'unité d'action, des méthodes qui auraient pour effet de diviser le peuple en petits groupes.

Nous devrions utiliser plutôt l'esprit de coopération et eller de l'avant tous ensemble vers un plus haut niveau d'hygiène pour les Canadiens. L'hygiène, de limitée qu'elle était aux œuvres de charité soutenues par les privilégiés, devient rapidement partie intégrale de la vie de chacun de nos concitoyens. En d'autres termes, le peuple considère la santé comme un droit de citoyenneté, de plus grande importance que l'instruction ou la protection policière qui sont prises pour acquis.

A aucune époque de notre histoire, cette grande occasion ne s'est présentée et nous devons l'envisager avec un véritable sentiment de responsabilité. Dans le passé, la législation avait trait à des groupes ou à des modes d'existence particuliers, mais la loi que nous avons en vue comprend tout. Le peuple s'est prononcé, hors de tout doute, en faveur d'un plan national; ceux qu'on appelle les riches étaient encore plus en faveur que les moins fortunés; la moyenne en faveur fut de 75 p. 100.

(b) *Pour que le plan soit solide financièrement et que le coût en soit réparti équitablement, il est nécessaire qu'il s'étende à tous. Tout plafonnement imposé à ceux qui doivent bénéficier du plan serait la cause d'une confusion sans fin en cas de fluctuations de revenus pour les individus.*

Nous devons bien nous rendre compte de la situation dans laquelle nous nous trouverions si seulement une partie de la population du Canada était comprise dans le plan d'assurance-maladie. En se basant sur les revenus de 1937, seulement 264,804 personnes sur une population de 11,120,000 ont payé l'impôt sur des revenus de plus de $1,000, dans le cas de célibataires, et de plus de $2,000, dans le cas de personnes mariées. (5)

Même en admettant que le nombre de ceux qui paient l'impôt ait augmenté depuis le début de la guerre, si nous faisons exception de ceux dont les revenus sont au-dessus d'un certain échelon, il n'y aurait plus qu'une faible partie de la population à porter le fardeau, qui devient alors beaucoup plus pesant que s'il était réparti sur la population entière.

La justice exige que tous les citoyens participent au plan; de plus, cela aurait pour effet de simplifier l'administration de tout le projet.

Un des buts que doit atteindre le plan d'hygiène du Canada est la libération de tous les citoyens des difficultés financières du passé. Si nous employons ce plan pour imposer des plafonds, pour décider qui doit bénéficier du projet, nous serons la cause d'une situation qui n'améliorerait guère ce qui s'est fait dans le passé. Nous pouvons facilement imaginer la somme de ressentiment qui se produirait dans le cas d'une personne subissant une diminution soudaine de revenu qui aurait à démontrer qu'elle n'atteint pas le "plafond" et qu'elle est

par conséquent admissible; ou dans le cas de cette autre qui, par suite d'une augmentation de revenu, se trouverait au-dessus du "plafond" et conséquemment inadmissible.

(c) *Le Canada accuse une augmentation des maladies du vieil âge et de la proportion des personnes plus âgées. Par conséquent, si nous tenons à ce que cette situation s'améliore d'ici une génération, nous devons étendre ce service à tous et ne pas imposer une punition à ceux qui élèvent des familles. A moins que toute la population participe à ce projet, il est évident que des mesures d'hygiène préventive ne sauraient être employées pour servir et pour protéger tout le monde.*

Le tableau ci-après indique les changements dans les groupes plus âgés de notre population. Ce problème varie d'intensité d'une province à l'autre, les unes ayant une plus grande proportion de vieillards que les autres. Cela influe sur la productivité de la province et sur son avenir dans le domaine de la pension de vieillesse. On sait fort bien, par exemple, qu'en ce qui concerne les provinces Maritimes, un grand nombre de jeunes s'en sont allés aux Etats-Unis ou dans les autres parties du Canada, depuis assez longtemps déjà.

TABLEAU INDIQUANT LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION DU CANADA (6)

Année	Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus par 1,000 de population
1871	36.4
1911	46.6
1931	55.5
1941	65.1
1951	80.3
1961	90.8
1971	94.2

On ne tient pas compte, dans ce tableau, de l'immigration ni de l'émigration; mais on n'y tient pas compte non plus des effets désastreux, inévitables, de la guerre sur notre jeune population.

Les taux de maladies de dégénérescence dans la dernière partie de la vie telles que maladie de cœur, cancer, néphrite, artériosclérose) sont notablement plus élevés passé l'âge de 45 ans. Nous prolongeons la vie mais ne la rendons pas aussi féconde ni aussi heureuse qu'il serait possible; et nous ne prenons aucunes mesures pour augmenter le nombre de producteurs durant la première partie de la vie, ni pour réduire les obligations résultant de la maladie et de la mort prématurée.

De fait, à moins que notre plan d'assurance-maladie ne prévoie des mesures énergiques, nous deviendrons une nation dont le nombre des titulaires de pension de vieillesse et d'allocation aux mères ira grandissant; dont les hôpitaux seront remplis de malades à guérir; dont la jeune population, productrice de la richesse nécessaire à une économie peu stable, ira décroissant.

Le grand problème auquel le Canada a à faire face est celui de la population. Notre indifférence sous ce rapport, dans le passé, équivaut à une politique de suicide de race. Au cours des quatre dernières années, les pertes au commencement de la vie (mères, enfants mort-nés et enfants qui meurent au cours de la première année de leur existence) dépassent de 30,000 les pertes subies durant la dernière guerre. (7)

Notre plan d'assurance-maladie doit prévoir une offensive concertée pour enrayer ce gaspillage de vies humaines; il doit élever le degré d'excellence du soin à donner au groupe des familles nombreuses; il doit soulager le groupe de ceux qui devraient avoir des enfants et les élever mais sont le moins en mesure d'en supporter le coût.

A part cela, une campagne pour la protection de la famille ne pourrait se poursuivre si le plan comprenait certaines personnes de la collectivité et en excluait d'autres; et le système amélioré de statistiques sur la santé, que nous désirons, exige que tous fassent partie du plan et soient désireux d'en faire un succès.

Principe n° VI

Le plan doit comprendre tous les services nécessaires à l'amélioration de la santé normale et à la prévention et la guérison de la maladie

Il est inutile à ce stade de s'étendre sur ce que doivent comprendre les services. Si ceux qui sont chargés de jeter les grandes lignes du programme de la santé pour le Canada, abordent le problème avec l'esprit qu'il convient, rien dans le domaine de la science—prophylaxie, diagnostic ou thérapeutique—ne sera négligé en vue de procurer ces services. Ce qui, dans le passé a été disponible pour quelques-uns doit être mis à la disposition de tous.

Lorsque l'article 1-D de ces principes aura été appliqué avant l'inauguration de l'assurance-maladie, avec le puissant appui financier de la richesse du peuple canadien, aucune réserve ne sera apportée aux services que pourra se procurer le citoyen canadien, n'importe où au Canada.

Principe n° VII

L'amélioration de la santé normale et la prévention de la maladie doivent être le premier objectif du plan

(a) *Ce double objectif doit faire partie intégrante de la pratique de la médecine; il ne faut pas, comme à présent, le considérer comme une affaire secondaire relevant du domaine de l'hygiène publique. La nécessité des mesures préventives est bien reconnue, mais nous ne nous rendons pas encore compte des possibilités offertes par l'organisation d'un programme d'hygiène pour la collectivité entière. Nos plans doivent être dressés dans ce but.*

"La médecine préventive est cette branche de la médecine qui s'intéresse surtout à la prévention de la maladie et à l'amélioration de la santé. Lorsque la médecine préventive est pratiquée au bénéfice d'une collectivité organisée, elle est connue sous le nom d'hygiène publique. Or, en raison du fait que certains fonctionnaires du ministère de la santé sont responsables de la santé publique, devant la loi, le médecin ordinaire est enclin à considérer l'ensemble de la médecine préventive comme quelque chose à laquelle il peut, sans doute, être intéressé, mais pour la pratique de laquelle il n'a aucune responsabilité". (8)

Un examen des statistiques démocratiques pour les 25 dernières années fait voir que les progrès les plus marquants ont été accomplis dans le domaine des maladies contagieuses—au moyen de l'inoculation, de l'inspection sanitaire, et de la régie de la distribution du lait et de l'eau, etc. C'est le résultat du travail des ministères de la santé, financés au moyen de taxes, et travaillant pour le bien de la collectivité en général. Lorsque les fonds suffisants sont disponibles et que le travail se poursuit sans relâche, il y a avancement constant.

Le fait est que l'éducation sanitaire et la prévention de la maladie ont été laissées aux autorités de la santé publique. Au point de vue financier, la prévention de la maladie a été à l'avantage de ces ministères. Par contre, sous notre système de gain monétaire, le traitement de la maladie est à l'avantage du médecin ordinaire. Ceci est inévitable, car la majeure partie des gens ne vont chez le médecin que lorsqu'ils sont convaincus que leur état exige ses services; en d'autres termes, ils n'aiment pas à payer des honoraires pour constater

qu'ils sont en bonne santé. La chose s'est imposée à notre attention au cours de plus de 200 assemblées de citoyens d'Ontario, réunissant chacune une moyenne de 50 personnes, alors qu'on posait la question: "Combien d'entre vous allez une fois l'an chez votre médecin de famille pour constater l'état de votre santé?" En moyenne, à une assemblée sur quatre, une personne levait la main!

On voit donc que les deux, le service de santé publique et le médecin ordinaire, ont, dans une large mesure, été en désaccord. Le besoin de médecine curative existera toujours; mais à moins que nous ne tenions à ce que notre plan s'affaise sous le poids de la médecine curative, sous tous ses aspects, nous devons lui donner une organisation solide, basée sur la bonne santé normale et la prévention de la maladie et voir à ce que celles-ci soient comprises dans le champ d'action du médecin ordinaire.

(b) *Cela comporte une meilleure méthode de recueillir les données statistiques que celle présentement en usage; le but serait de permettre la constatation, par un simple coup d'œil, des progrès accomplis sous le rapport de la santé, dans n'importe quelle partie du pays. Cela ferait suite à la demande actuelle pour des statistiques démographiques plus complètes portant à la fois sur la mortalité et sur la morbidité.*

Si nous voulons nous assurer la coopération active d'un public renseigné, il nous faut des données statistiques locales plus précises que celles que nous avons maintenant. Ces données devraient indiquer les chiffres de la morbidité (maladie), tout comme ceux de la mortalité.

On peut essayer de découvrir les taux ruraux en omettant les endroits comptant 1,000 âmes et plus. Mais on nous dit qu'un seul calcul ne serait pas exact à cause du fait que bien des naissances et des morts surviennent dans les hôpitaux urbains. Et nous voilà en face d'un problème. Toronto, par exemple, aurait un taux de mortalité maternelle et infantile moins élevé s'il ne s'agissait que des résidents; mais il n'est pas tenu compte des cas qui viennent de l'extérieur.

En conséquence, une large partie de notre population n'a aucun moyen de se rendre compte dans quelle situation elle se trouve, ni vers quel objectif doivent tendre ses efforts; les statistiques sont données pour l'endroit où le fait se produit et non pas pour le lieu de résidence.

Il est impossible d'établir le degré de maladie ou de mortalité chez le peuple par le nombre de malades aux hôpitaux des grands centres. Et que dire des milliers de malades à domicile, à l'égard desquels il n'existe aucunes données?

Les rapports sur l'inspection médicale des écoliers sont restreints presque exclusivement aux centres urbains. Cela nous donne une idée du degré de maladie et des défauts physiques pour une section de la population; mais on reste dans l'ignorance quant aux régions rurales. Là où elles existent, ces données font voir le haut pourcentage de déficiences organiques et dentaires, déficiences qui sont découvertes mais non corrigées; et combien de ceux qui quittent l'école à la huitième année traînent avec eux ce fardeau.

Le comté d'Oxford, dans l'Ontario, est le seul qui ait fait une inspection médicale complète de sa population écolière rurale. En 1940, plus de 2,614 enfants suivirent un examen médical complet, et plus de 1,100 déficiences furent découvertes chez 983 de ces enfants. L'année suivante, 141 seulement de ces déficiences avaient été corrigées et on découvrit que 828 enfants avaient d'autres défauts physiques.

Ceci ouvrit les yeux à la population rurale de ce comté et lui fit toucher du doigt l'urgence de la médecine préventive et de méthodes qui permettraient de corriger les déficiences, une fois celles-ci découvertes. Si nous généralisons les résultats obtenus dans un seul comté du Canada, nous pourrons nous faire

une idée de l'immensité du problème, et nous rendre compte de la raison pour laquelle la proportion de nos jeunes gens, trouvés impropres au service militaire, est si grande.

Il doit s'écouler deux ans avant que les données fédérales et provinciales soient rendues publiques et un an dans le cas des données urbaines. La tâche est immense; or, une fois compilées, les données ne sont pas susceptibles de décomposition par région, de façon satisfaisante. Si l'on veut que le peuple travaille de manière intelligente à l'amélioration de la santé publique, il doit pouvoir se rendre compte des conditions locales; et les données statistiques actuelles ne sont pas suffisantes pour permettre aux différentes commissions, fédérales et provinciales, de se former une idée des progrès accomplis sous le régime de l'assurance-maladie nationale.

Dans le passé, des inspections ont été faites, par intervalles, dans différents endroits du pays, pour déterminer le degré de soin reçu par certains groupes et les causes de certains taux de mortalité élevés. Notre plan national devrait être organisé de façon que nous soyons en tout temps au courant de la situation, pour nous permettre de parer aux nécessités.

(c) *La famille doit être considérée comme une seule entité, sous le rapport des conditions hygiéniques, de l'alimentation appropriée et de la conduite à suivre en matière de santé, et non pas comme à présent, alors que le père consulte un médecin, la mère, un autre, et que la santé des enfants et le bien-être de la famille, dans son ensemble, sont laissés au hasard.*

Le principe énoncé au commencement de cet article doit servir à la protection de la famille, unité première de la société, cellule constituante de tous les groupes.

On a beaucoup parlé de conserver les médecins de famille. Malheureusement, dans la situation actuelle, c'est une chose inconnue de milliers de familles. Notre plan en fera une réalité.

Plus nous montons dans l'échelle économique, dans notre examen de la situation, plus nous constatons que les divers membres d'une famille sont confiés à d'innombrables spécialités, et plus la famille cesse d'être l'unité et le but de la pratique médicale.

Les relations existant entre les divers membres d'une famille ont une grande influence sur le bien-être, mental, matériel et social, de l'ensemble de la famille. Il faut, de plus, considérer l'individu atteint de la maladie, et non la maladie en soi.

Le médecin doit donc être en mesure de rechercher, comme son but essentiel, le bon état de santé de la famille. De nombreux facteurs contribuent au bon état, mental et physique. Un milieu sain ne signifie pas seulement un logement assez spacieux et assez hygiénique pour les besoins de la famille, mais aussi la dose voulue de repos et de récréation. L'alimentation ne doit pas seulement rassasier la faim, mais contribuer à la croissance et à la résistance aux maladies. L'enseignement de l'hygiène doit apprendre à la famille comment elle doit vivre.

Là où ces conditions de la protection familiale ne sont pas remplies, les médecins de l'avenir feront fonctions de réformateurs, au service des droits de l'humanité. Ils assureront la propagande des conditions nécessaires à la santé de l'individu et de tous les membres de la famille.

(d) *Le praticien nous apparaît comme l'élément essentiel de la réussite du plan. Il assume la responsabilité de favoriser la santé et de réduire considérablement les maladies et les dommages actuellement endurés par le peuple. Le praticien doit être placé aux postes stratégiques et bien rémunérés; tous les services nécessaires au succès de son importante entreprise doivent être mis à sa disposition. C'est parce que le régime économique a entravé le praticien, dans le passé, que le peuple a souffert inutilement et que la santé nationale n'a pas suivi les progrès de la science. La population*

croissante de nos instituts pour maladies mentales et le nombre des malades dans nos hôpitaux (où la majorité d'entre eux ne devraient pas se trouver) condamnent la situation actuelle. Le plan doit donc être organisé de telle manière que les praticiens puissent se lancer, sans réserve, dans une campagne d'hygiène coordonnée. Cela comporte un changement complet d'attitude de la part de nos écoles de médecine, l'éducation de tout le personnel chargé des questions d'hygiène, et l'insertion des recherches voulues dans le plan. Nous croyons que cette réforme serait avantageuse à la fois à ceux qui donnent et à ceux qui reçoivent les services.

Les plus grandes espérances d'avenir reposent sur le praticien. Il faut lui restituer sa place dans l'ordre général des choses.

L'étude, sur la carte, des besoins du peuple, révèle la nécessité de décentraliser le personnel d'hygiène. Dans la province de Québec, par exemple, 2,600 médecins sur 3,000 sont établis dans les villes, 400 seulement dans les campagnes. Plus de 40 p. 100 de la population de Québec vit à la campagne, de sorte que 13 p. 100 des médecins doivent soigner 40 p. 100 de la population de la province. Plus de 1,200 municipalités, paroisses ou agglomérations rurales n'ont aucun médecin, et la situation est la même dans les autres provinces. (9)

En Ontario, 41 p. 100 de la population vit dans les centres de moins de 1,000 âmes, mais ces centres ne possèdent que 25 p. 100 des médecins. (10) plus d'un canton ne possède aucun médecin. Cela paraît invraisemblable, dans un pays civilisé.

Avant de pouvoir effectuer cette décentralisation nécessaire, il faut établir, partout où le besoin s'en fait sentir, des centres d'hygiène possédant les installations voulues pour le diagnostic et la thérapeutique. De grandes constructions ne sont pas indispensables; on pourrait s'inspirer des hôpitaux des municipalités et syndicats de l'Ouest. Ainsi seraient réduits les frais généraux, dont le fardeau est lourd, aujourd'hui, au travailleur. Le personnel d'hygiène de tout le Canada pourrait, dans sa pratique quotidienne, se tenir au courant des progrès scientifiques. Ces centres rassembleraient des services tels que les rayons-X, les laboratoires, les soins dentaires et les spécialités.

La méthode individualiste actuelle, la plus coûteuse que l'on puisse imaginer, a beaucoup contribué à l'élévation des frais médicaux. Au lieu de dix médecins et de dix dentistes occupant vingt bureaux installés à grands frais, nous aurons un usage plus coopératif des installations, qui réduira sensiblement les frais généraux, et l'usage plus général des appareils abaissera leur prix de revient.

Il n'y aura pas de limites au développement et à l'expansion de ces centres d'hygiènes. Il faut les préparer en vue d'un objectif à longue portée. C'est à dessein que nous employons l'expression "centres d'hygiène"; nous ne les envisageons pas comme des hôpitaux, au sens habituel du mot, avec un nombre croissant de lits. Nous les envisageons plutôt comme des centres destinés à écarter les gens des hôpitaux, à développer la médecine préventive et la propagation des principes d'hygiène.

Ce système met les démonstrations pratiques, dans les domaines de la nutrition, des soins aux mères et aux enfants, à la base de l'hygiène familiale. La pratique quotidienne de ces centres fournirait des occasions multiples à ceux qui se consacrent aux travaux de recherches. Les découvertes, aussitôt faites, pourraient s'appliquer simultanément dans tout le Canada. Les recherches dans les domaines médicaux et sociologiques y puiseraient également de précieuses ressources.

Les écoles locales pourraient fournir aux enfants des exemples de participation démocratique et active à un plan d'hygiène. En fait, l'association véritable de l'hygiène et de l'éducation ouvrirait de nouveaux horizons.

Les données statistiques seraient à la disposition du public et du personnel d'hygiène, pour leur montrer les progrès accomplis: réduction de l'absentéisme

dans les écoles et les industries, amélioration à tous les niveaux—prénatal, préscolaire, scolaire, et ainsi de suite—pour fournir un tableau complet.

Ces centres poursuivront un dessein multiple. Ils ne fourniront pas seulement des lits d'hôpitaux dans une région; ils ne seront pas seulement le point d'où rayonneront médecins, infirmières et dentistes; ils seront des centres d'éducation et d'exemple pour le peuple; ils faciliteront le rassemblement rapide et localisé des statistiques, pour montrer les progrès réalisés sous le régime de l'assurance-maladie. La presse, le film et la radio les y aideront beaucoup.

Il ne s'agit donc pas seulement de mettre des services d'hygiène à la disposition de la population. A la base du système est ce fait que le peuple sentira et saura que ce centre d'hygiène est à lui. L'intelligence du peuple sera enrôlée, pour élever le niveau de vie de tous.

Pour plus de clarté, nous avons parlé de "ceux qui donnent et ceux qui reçoivent" des services d'hygiène. La vérité est que l'étroite collaboration de ces deux groupes est nécessaire pour que l'assurance-maladie remplisse le rôle national que nous voulons lui assigner au Canada. Sans la collaboration du public, la tâche dépasserait les forces du personnel technique.

Et que dire des leçons qu'en tireraient les spécialistes de l'hygiène? Les chefs de l'enseignement médical insistent sur la nécessité d'un changement dans les programmes, si les étudiants doivent répondre à l'opinion qui leur demande, de plus en plus, de prévenir plutôt que de traiter les maladies. Les citations suivantes nous fournissent l'opinion d'un Canadien éminent sur ce sujet. (11)

"Il n'est pas un domaine où l'adage "l'objet de l'étude de l'humanité est l'homme" s'applique mieux que dans la pratique médicale. Si l'étude de l'homme est essentielle pour le médecin, et si le médecin doit traiter le malade et non la maladie, notre système actuel d'enseignement de la médecine est-il bien le meilleur? Au cours des années d'études cliniques, l'étudiant est incontestablement mis en contact intime avec l'homme malade, et peut apprendre beaucoup de choses sur l'état d'un homme atteint de quelque maladie; mais on peut poser la question: "Quand l'étudiant a-t-il l'occasion d'étudier l'homme qui n'est pas malade, l'homme bien portant?"

"L'étudiant apprend-il à examiner une personne dans son ensemble, et à déterminer si elle est saine de corps et d'esprit? L'étudiant est-il amené à comprendre que la santé est quelque chose de plus que l'absence de maladie, que c'est l'état dans lequel une personne vit et jouit de la vie, tout comme l'état de maladie est celui dans lequel une personne peut souffrir et mourir?"

"Une réponse affirmative ne pourrait être donnée sans réserve à aucune de ces questions. Il n'est pas difficile de trouver pourquoi. A mon avis, la raison doit s'en trouver dans la manière dont on aborde les études médicales. La santé, état positif d'un être humain, n'est pas reconnnu comme un objet d'études médicales, comme un objet d'instruction concrète."

L'auteur suggère de donner au cours universitaire un nouveau nom, qui ferait comprendre à l'étudiant l'ampleur de ce nouvel objectif... un nom tel que "la science de l'homme". Un pareil nom rendrait service même s'il ne faisait que modifier et élargir le point de vue des cours.

Un médecin américain nous montre, dans les termes suivants, l'importance du rôle que sera appelé à jouer le praticien de demain (12): "Le praticien augmentera ses connaissances et son habileté à prononcer un diagnostic précoce. Il perfectionnera également ses procédés de médecine préventive... Il devra se tenir au courant des progrès de la science médicale... Il dispensera lui-même 85 p. 100 environ des soins médicaux à donner... Il sera, en quelque sorte, le centre de dispensation des services spéciaux dont ses clients auront besoin".

Ajoutons à cela que notre personnel d'hygiénistes devrait, en suivant ses cours, étudier la famille comme l'unité qu'il est appelé à servir. Selon le plan dont nous avons esquissé les grandes lignes, nous prévoyons que les médecins,

dentistes, gardes-malades et autres auront amplement l'occasion de poursuivre de telles études aux centres d'hygiène, au lieu de se contenter, en majeure partie, de les poursuivre en classe et à l'hôpital, uniquement sur des sujets malades.

Principe n° VIII

NOUS CROYONS QUE L'EFFORT COLLECTIF DOIT CONTRIBUER À LA RÉALISATION DU PLAN

Comme les services d'hygiène municipaux se sont avérés, dans maints endroits de l'Ouest canadien, le mode idéal d'application pratique de la médecine préventive—ils ont en effet élevé le niveau de la santé collective, réduit de façon radicale le taux de la maladie et amoindri la nécessité de l'hospitalisation—il conviendrait de tout mettre en œuvre pour conserver et développer ce mode de dispensation locale des services. Il importe de tendre au maximum d'efficacité et de praticabilité en recherchant la participation démocratique de ceux à qui les services sont destinés. Un programme d'amélioration de la santé nécessite l'utilisation du dynamisme de la collectivité rurale.

Afin de mieux faire comprendre l'objectif que poursuit la Fédération canadienne de l'agriculture en contribuant à l'expansion des services d'hygiène municipaux, il convient de donner ici des éclaircissements qui s'imposent.

Tout le monde admet que les services d'hygiène publique ne fonctionnent efficacement que si les hygiénistes y consacrent tout leur temps. Au cours des deux dernières années, ceux qui sont venus en contact avec la population rurale ontarienne ont eu l'occasion répétée de constater le mécontentement croissant auquel donnait lieu l'insuffisance des services assurés par le médecin hygiéniste. Ce médecin touche un honoraire de $50 et plus et les services qu'il dispense suivent une gamme variable, depuis la visite fortuite d'une école, sans examen des enfants, jusqu'aux examens et inoculations multipliés. Malheureusement, la première occurrence semble prévaloir dans la majorité des cas.

Le plan d'assurance-maladie institué, l'idéal serait d'affecter à chaque centre ou unité des hygiénistes permanents. Toutefois, il n'existe pas, c'est évident, assez de spécialistes versés en la matière pour suffire aux exigences de tout le pays. Le système de médecins municipaux, tel qu'il fonctionne en Saskatchewan et au Manitoba, donne automatiquement les résultats que désirent les experts en hygiène publique. En effet, dans les régions ainsi desservies, le médecin devient l'hygiéniste officiel, et le fait de confier l'application des mesures d'hygiène publique et la pratique de la médecine au même préposé favorise le progrès dans les deux domaines.

La chose est logique car, en tant qu'hygiéniste, le médecin se préoccupe plus de la santé publique; et plus il accomplit de travail préventif, moins il a de malades à traiter comme médecin.

Voici ce que dit à ce sujet le docteur Davison, sous-ministre de la Santé de la Saskatchewan: "C'est un régime idéal, du point de vue de la médecine préventive... Si, depuis 1935, les médecins avaient immunisé leurs clients contre certaines maladies au même degré que les médecins municipaux pratiquaient l'immunisation dans leurs districts respectifs, trois fois plus de sujets auraient été immunisés contre la diphtérie, la petite vérole et la fièvre scarlatine".

Durant deux ans, de mai 1938 à avril 1940, s'est poursuivi un examen attentif du travail fait par les médecins municipaux du Manitoba, grâce à la générosité de la division sanitaire internationale de la Fondation Rockefeller et aussi à l'assistance de la médecine organisée du Manitoba. Les résultats ont été surprenants. En voici une brève énumération:

Le taux de mortalité maternelle était nul à l'encontre du taux provincial de 4.3 par 1,000 naissances viables;

Le taux de la mortalité infantile était presque 14 points plus bas que le taux provincial, soit 40.2 contre 54 par 1,000 naissances viables;

Le taux "d'incapacité" ou de morbidité n'était plus que les deux cinquièmes du taux reconnu pour le Canada;

Le taux d'hospitalisation s'établissait au tiers du taux provincial;

Les médecins ont signalé qu'ils recevaient trois fois plus de clients à leurs bureaux qu'ils n'en visitaient à domicile; autrement dit, ils s'attaquaient aux maladies sérieuses dès l'origine.

Le coût de ce travail n'était que 44 p. 100 du coût du travail accompli par les médecins d'une municipalité où le système d'honoraires était en vogue.

Les résultats merveilleux obtenus sont hors de proportion avec le montant relativement faible des dépenses. Les résultats dépendent de la méthode d'organisation et du fait indéniable qu'il était tout à l'avantage financier des médecins de garder le peuple en bonne santé puisqu'ils ne recevaient pas plus d'honoraires si leurs clients tombaient malades.

Le docteur Jackson, sous-ministre de la Santé du Manitoba (13) produit des données démontrant que ces médecins dans leurs municipalités fournissaient un service médical de haute qualité à leurs malades; il prouve aussi la valeur des statistiques révélées par cette étude.

L'empressement du public agricole de l'Ontario à adopter cette méthode de se procurer des services médicaux n'était pas qu'un simple feu de paille, mais le résultat de longues études et de discussions propagées par les conférences radiophoniques agricoles et autres moyens. Avec les progrès de la guerre, la classe agricole a eu beaucoup à souffrir de la pénurie de médecins dans les régions rurales; et les médecins disponibles des villes ont montré beaucoup de mauvaise grâce à aller s'établir dans les zones rurales, quand ils n'étaient pas dans l'impossibilité de le faire. Les dépenses supplémentaires nécessitées par ces conditions constituent un autre facteur dont il faut tenir compte.

Il y a un an une délégation organisée par la Fédération de l'agriculture de l'Ontario se présentait devant le premier ministre Hepburn pour demander l'établissement d'une loi d'autorisation qui permettrait aux fermiers de voter localement de manière à leur donner l'usage des fonds municipaux pour fins de services de santé, mais la situation ne s'est pas améliorée depuis.

La Commission canadienne de recrutement et de répartition du personnel médical reconnaissait les effets de la guerre sur les régions rurales lorsqu'elle signalait que le nombre des médecins ruraux enrôlés dans les services de guerre était tout à fait disproportionné à celui des médecins recrutés dans les villes. Elle publia des instructions relatives au rationnement des docteurs et prescrirent à titre de mesure exceptionnelle que les médecins disponibles des régions rurales devraient travailler en "zones" en vue d'obvier aux chevauchements de services, et de parer au manque d'essence et de pneus. Il était démontré qu'il faudrait garantir la continuité des services de médecins au peuple en les établissant radicalement sur une base de transfert de subvention, là où les besoins s'en font sentir. L'Association médicale de l'Ontario indiquait dans un récent bulletin que son objection à ce genre de travail pourrait largement être surmontée si la collectivité garantissait aux docteurs un revenu "net".

La Fédération de l'agriculture de l'Ontario appuyait le mouvement populaire en se rendant compte que non seulement il offrait une solution au problème aggravé par la guerre, mais aussi que la nouvelle tendance du peuple à entreprendre des efforts coopératifs et démocratiques augurait bien pour l'avenir. Elle convenait aussi que ces unités ainsi établies pourraient enseigner au peuple à devenir des participants actifs dans le domaine sanitaire sans aucunement porter préjudice aux mouvements de plus grande envergure comme l'assurance-maladie. Au contraire, il semble qu'elles pourraient être absorbées facilement et devenir très précieuses puisqu'elles seraient en état de fournir les statistiques locales qui jusqu'à présent font défaut.

Dans l'Ouest, les régions municipales qui collaborent étroitement avec leur chef de file—le médecin de l'endroit—ont fourni une contribution inestimable. Aux solides fondations de leur début, elles ont ajouté, en maints cas, des services d'hôpitaux, de chirurgie et autres. Sous le régime de l'assurance-maladie, les services de ces régions seraient augmentés ainsi que les revenus des médecins proportionnellement aux travaux importants qui seront accomplis.

L'enthosiasme des fermiers, leur empressemen à devenir partenaires actifs dans l'œuvre de la santé collective constituent les principes fondamentaux sur lesquels devrait s'appuyer le dynamisme d'un plan nationale. Tous les travailleurs du domaine sanitaire et les gouvernements dans toutes leurs ramifications devraient encourager cet éveil du peuple à la conception de ses propres devoirs et de ses responsabilités. S'ils négligent de le faire, ils étouffent, dès sa naissance, une des expressions de la démocratie.

. . . . . .

Nous avons foi en ces grands principes pour la réussite d'un projet de santé nationale; et nous sommes convaincus que ses détails ne pourront pas être élaborés tant que tous les comité ne se seront pas réunis et n'auront pas mis leurs théories en commun. En conséquence, nous formulons le vœu que l'occasion soit bientôt fournie aux représentants de ceux qui fourniront et recevront des services dans les cadres du plan.

PARTIE II

L'ASSURANCE-MALADIE DANS LES AUTRES PAYS

L'assurance-maladie n'est pas une idée nouvelle. L'Allemagne a été la première à la lancer vers 1883. Vingt-huit pays européens ont adopté diverses formes d'assurance-maladie—ainsi que le Chili, l'Argentine, le Brésil, l'Uruguay, la Palestine, l'Australie, le Japon et la Nouvelle-Zélande. L'Union Sud-Africaine a dressé un projet qui n'a pas encore été mis à pied d'œuvre.

Tous les systèmes adoptés depuis la dernière guerre contiennent des mesures obligatoires. Au Danemark, en Italie et en Suisse, prévalent des plans facultatifs et obligatoires qui s'appliquent à différentes factions de la population. Les sphères de services médicaux fournis par l'assurance varient beaucoup d'un pays à l'autre. Nul plan ne comporte la gamme entière des soins médicaux quoique les prestations médicales soient fort complètes dans quelques-uns. Les systèmes européens sont communément appelés "systèmes des pauves gens" et n'embrassent pas les populations entières. La guerre, sans doute, a désorganisé l'assurance-maladie en Europe. Tout de même, nous constatons des progrès.

La Grande-Bretagne

En 1912, la Grande-Bretagne adopta une loi d'assurance-maladie à contribution obligatoire, généralement connue sous le nom de "panel system". Cette mesure protège les travailleurs manuels de 16 ans et plus, employés en vertu d'un contrat de service, et les travailleurs non manuels qui gagnent moins de 250 livres par année. Avant la guerre, environ 18 millions de travailleurs participaient à ce plan.

La faiblesse du régime provient du fait que seul le travailleur—ou la travailleuse—et non pas les personnes à sa charge, profite des prestations. En outre, il n'existe aucune disposition en faveur du petit travailleur indépendant. Les services de spécialiste, d'hospitalisation, de dentiste, d'optométrie, etc., ne sont pas compris; les médecins sont exposés à avoir trop de clients sur leur liste, et, ainsi, à s'occuper plus attentivement de leurs malades payants. Il y a aussi tendance à l'abus des prestations-maladies, et l'on considère qu'elles devraient être distinctes des prestations d'assurance.

La Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande, l'assurance-maladie fait partie de la loi de sécurité sociale de 1939 qui prévoit un système de prestations médicales et hospitalières ainsi que des pensions de vieillesse, des pensions aux veuves et autres. Les prestations comprennent les services de praticien général; les médicaments, drogues et instruments approuvés, l'hospitalisation, les prestations-maternité, les prestations-maladie lorsque le travailleur est sans emploi pour cause de maladie. Les prestations proposées mais qui n'ont pas encore été adoptées assureront les services de spécialistes, de consultants, de radiologie, d'art dentaire, de visites d'infirmières à domicile et l'aide domestique lorsque la mère est malade.

Devant la forte opposition de la profession médicale, de nombreuses modifications ont dû être apportées au rôle du praticien général dans le plan. Le taux de contribution ne peut pas être comparé à aucun service purement médical attendu qu'il embrasse divers types de pensions et de prestations-chômage. Les honoraires d'inscription sont de 5s trimestriellement pour les hommes de plus de 20 ans; pour les autres, 5s par année; une taxe est prélevée sur tous les salaires, gages et autres revenus au taux de 1d par chaque 1s 8d ou 5 p. 100 du revenu total. Ces contributions vont à la caisse de sécurité sociale.

Les résultats du plan de sécurité social de la Nouvelle-Zélande se manifestent dans l'accroissement du taux de naissance. Par exemple, lorsque le gouvernement travailliste prit le pouvoir, le taux de naissance était à son plus bas niveau, 16.17 par 1,000 âmes. En 1936, il montait à 16.64; en 1937, à 17.29; en 1938, à 17.93 et en 1939, à 18.73. Lorsque les prestations maternité eurent été introduites en 1940 il monta à 21.19 et en 1941 à 22.81.

Ces chiffres éloquents rendent hommage au gouvernement travailliste dans un temps où le taux de natalité diminue encore à travers le monde. On a aussi constaté une diminution d'absentéisme dans l'industrie pour cause de maladie; et, aussi, un accroissement dans les taux de rendement.

Cela peut nous servir de leçon. Nous sommes ici avec un héritage qui comprend la moitié d'un continent et une population tout à fait insuffisante pour le mettre en valeur. Il serait à croire que nous aurions dû nous en rendre compte il y a longtemps et développer nos ressources humaines jusqu'à leurs extrêmes limites.

L'Union soviétique

Quand nous jetons les yeux sur la Russie, nous nous apercevons que son système sanitaire n'est pas seulement un rouage de son assurance sociale—il fait partie de sa vie quotidienne. Les Russes entreprennent à leur propre avantage des choses auxquelles les autres pays n'ont pas encore même songé. Et ce qu'ils ont accompli est d'autant plus remarquable qu'ils sont partis de rien. Ils ont commencé dans la révolution, la famine et la maldie; la plus grande pauvreté; avec 90 p. 100 de leur peuple incapable de lire ou écrire; ils étaient à l'âge des chandelles, ils ont sauté l'âge de la lumière au gaz, et dans quelques années, ils ont émergé dans l'âge de la lumière électrique. Ce qui a été accompli depuis 1922 est presque incroyable pour nous qui sommes habitués à la lenteur de l'évolution dans les états capitalistes.

En abordant leur problème de la santé, ainsi que tous leurs autres problèmes, ils se sont rendu compte que seules des mesures héroïques pourraient triompher de la négligence passée et leur permettre de se mettre au rang des autres pays. Dans un pays où sept millions d'enfants naissent tous les ans—c'est-à-dire une population égale à celle de nombreux pays!—seul le pouvoir intégral de toute la nation peut suffire à veiller sur la santé et la croissance de ces enfants. En lisant le compte rendu de ce que fait la Russie, on ne peut s'empêcher de voir que tout tend à protéger les mères et les enfants. Sous ce rapport, ils n'ont pas seulement rattrapé les autres pays, ils les ont tous devancés.

"Il me semble que les quatre points suivants représentent les caractéristiques les plus frappantes du système sanitaire soviétique. 1. Les soins médicaux sont gratuits et par conséquent à la disposition de tous. 2. La prévention des maladies est la principale préoccupation des autorités sanitaires. 3. Toutes les opérations sanitaires sont dirigées par des organismes centraux, les Commissariats sanitaires du Peuple et comme résultat. 4. Il est possible de préparer des plans sanitaires sur une grande échelle."

"Il n'y a aucun doute que le système soviétique d'assurance sociale est infiniment supérieur à tous ceux des pays capitalistes. Les frais font partie, comme il est juste, du coût de production. Les prestations sont beaucoup plus fortes que dans tout autre plan d'assurnace. Le travailleur est assuré d'un service médical complet; il jouit de la sécurité sociale. Il a droit à tout cela parce que, après tout, c'est lui qui produit les richesses qui rendent un tel plan possible."

"L'idée générale consiste à surveiller l'être humain du point de vue médical, d'une manière discrète, depuis le moment de la conception jusqu'à la mort. Les travailleurs médicaux et les établissements médicaux sont installés partout où n'importe qui, au cours de la vie, est exposé au danger. La surveillance médicale commence au moment où une femme devient enceinte et où elle donne naissance à un bébé, se reporte sur l'enfant, le suit dans son bas âge et à travers ses années d'école, pendant son adolescence, et finalement quand il se met au travail."

"Dès qu'une femme devient enceinte elle est examinée dans une division spéciale du Bureau de consultation féminin et reçoit un certificat qui lui donne droit à de nombreux privilèges. Elle reçoit des recommandations et des soins au bureau et chez elle où une inspectrice vient se rendre compte de l'état des lieux. Si elle est employée, elle reçoit une allocation pour s'acheter les articles nécessaires. Des allocations spéciales sont également accordées aux mères de nombreuses familles. Toutes les femmes ont 56 jours de congé avant l'accouchement et 56 jours après, avec paye entière. Dans les villes presque toutes les femmes accouchent dans les hôpitaux, avec les meilleurs soins médicaux possibles. Dans les régions rurales, chaque ferme collective est en train d'organiser des maisons d'accouchement avec cinq ou six lits. Grâce au nombre croissant de maisons d'accouchement et de crèches, la mortalité infantile a été considérablement réduite."

"Les Commissariats de la Santé ne sont pas seuls dans la lutte contre la maladie, dans leurs efforts pour maintenir les individus dans leur sphère sociale ou pour les adapter à leur milieu, selon le cas. Les syndicats ouvriers cherchent à améliorer les conditions d'existence et de travail de la population, le Conseil de culture physique s'efforçant de développer la force et la santé des jeunes gens, les Commissariats d'éducation préparant le public à accepter la médecine scientifique; toutes ces agences travaillent au même but et sont de puissants alliés du corps médical."

"L'état a pour seul but le bien-être du public, de tout le peuple, et d'améliorer sans distinction le niveau matériel et intellectuel de la population; de délivrer l'homme des chaînes de la pauvreté, de l'ignorance et de la maladie. Cela et cela seulement justifie l'existence de l'état. Dans un état de ce genre, le programme sanitaire fait partie du programme intégral de la nation."

"Dès 1920 plus de 60 p. 100 de tout l'argent mis à la disposition du Commissariat de la Santé fut affecté à la prévention des maladies. Il serait difficile de calculer combien la Russie dépense aujourd'hui pour la prévention et combien pour la guérison, parce que la distinction à disparu. Chaque travailleur médical, où qu'il soit situé, s'occupe à la tâche de prévenir les maladies."

"La médecine soviétique a accompli une de ses plus brillantes œuvres en mettant les stations thermales du pays à la disposition de toute la population ouvrière. Un plus grand nombre de travailleurs font de longs voyages tous les ans... En été, des millions de gens se mettent en route... Ce n'est pas seulement un plaisir mais une éducation."

"La Russie a été le premier pays à organiser le repos et la récréation d'une manière nationale et sur une grande échelle... L'ouvrier soviétique travaille de moins longues heures et a par conséquent plus de loisirs... Chaque usine a son club pour permettre au travailleur d'employer ses loisirs au profit de sa santé physique et mentale, de se développer intellectuellement et de jouir de la vie." (15)

Pouvons-nous nous étonner des formidables efforts militaires des Russes? Ils sont conscients du genre de vie pour lequel ils combattent; et c'est le succès qu'ils ont remporté en créant ce mode d'existence en 20 ans qui est le plus grand facteur de leur courage.

La situation aux Etats-Unis

En 1928, un comité de 50 experts sanitaires entreprit un programme d'étude de cinq ans. Ses travaux eurent pour résultat, en 1933, la publication de l'ouvrage "The Costs of Medical Care" en 28 volumes, sur tous les aspects du problème. La situation révélée par cet ouvrage ressemblait beaucoup à celle mise à jour par "The Study of the Distribution of Medical Care and Public Health Services in Canada", à part certaines différences d'administration et de population.

En 1937, le Comité interministériel du Président pour coordonner les œuvres de santé et de bien-être chargea le Comité technique des soins médicaux d'étudier les travaux sanitaires et médicaux du gouvernement des Etats-Unis.

A mesure que l'enquête avançait, deux faits devinrent de plus en plus clairs aux yeux du comité; d'abord, que les services pour la conservation de la santé nationale n'étaient pas suffisants pour assurer aux citoyens des Etats-Unis la santé physique et intellectuelle qui leur était nécessaire; deuxièmement, que seul un programme intégral d'hygiène nationale pouvait poser les jalons de l'œuvre nécessaire aux besoins de la nation.

En mars 1938, le Président invita les représentants du public et des professions médicales et autres à examiner les problèmes sanitaires dans tous leurs grands aspects et à discuter les moyens de traiter ces problèmes. Les 18, 19 et 20 juillet assistèrent à la conférence de Washington les représentants de toutes les professions et tous les métiers; médecine, chirurgie, hygiène mentale, santé publique, puériculteurs, bien-être public, œuvres sociales, hygiène industrielle, associations d'éducation maternelle, anciens combattants, travail, agriculture, ingénieurs, garde-malades, dentiste, ostéopathes, directeurs d'hôpitaux, pharmaciens, organisations fraternelles, haute finance, radio, éducation, etc. La plupart prirent la parole au nom de ceux qu'ils représentaient.

Les constatations du comité—à l'effet que le tiers de la nation était mal logé, mal nourri, mal vêtu et ne recevait pas de soins médicaux suffisants—aboutirent à la recommandation d'affecter $850 millions par an à l'extension des services de santé publique, hôpitaux et soin des femmes et des enfants, pendant une période de dix ans. Le comité recommanda également l'assurance-maladie pour tout le monde, à un coût estimatif de $2,600,000,000 par an pour 130 millions de personnes—au taux de $20 par tête par année. Ce chiffre ne comprenait pas les services déjà payés par les recettes des impôts; il tenait compte d'économies raisonnables susceptibles d'être réalisées, et éliminait certaines dépenses courantes inutiles, sans valeur et même nuisibles. Comme on le sait, ni l'un ni l'autre de ces plans n'a été mis en vigueur.

L'*American Medical Association* approuva tout le programme du comité sauf le projet d'assurance-maladie.

"L'assurance facultative pour frais d'hôpital a fait de grands progrès aux Etats-Unis au cours des dernières années. Plus de 70 plans d'assurance de ce genre sont en vigueur et, en général, chaque plan est conçu sans but lucratif avec une prime de dix à douze dollars par an et une garantie de trois semaines par an de soins semi-privés à l'hôpital. Les frais de médecin ne sont pas

compris mais généralement les services supplémentaires sont taxés à des prix spéciaux. Les détails de chaque plan varient énormément, mais tous les plans reposent sur le même principe de tant de frais d'hôpital contre paiement d'une prime mensuelle. L'assurance est généralement restreinte à certains groupes pour des raisons évidentes, mais elle comprend quelquefois toute la famille."

"L'*American Medical Association* s'est opposée à toute forme d'assurance obligatoire ou, de fait, à tout plan qui n'est pas entièrement sous la direction de la profession médicale. Les sociétés médicales locales ont organisé toutes sortes de systèmes pour échelonner le paiement des frais de médecin pendant un certain temps, etc. Aucun de ces plans ne distribue le risque sur tout le groupe; ce sont en quelque sorte des plans de paiement par versements."

"Des organismes tels que le centre médical de Milwaukee et la clinique Ross-Loos, de Los Angeles, ont mis sur pied l'assurance-maladie facultative. Des soins médicaux sont assurés contre paiement de contributions régulières. Le tarif du plan de Milwaukee et de $1 par mois pour une personne et de $3 par mois par famille. L'*American Medical Association* a combattu cette initiative et rayé de ses effectifs les médecins associés à de telles entreprises."

"Dans l'application des principes du coopératisme, certains groupes coopératifs ont été constitués dans le but d'obtenir des soins médicaux sur une base coopérative. La *Group Health Association*, de Washington, est le mieux connu des divers organismes, en raison de la décision du département de la Justice qui a jugé que l'attitude de la médecine organisée constituait une violation des lois anti-trusts, vu que les médecins qui avaient convenu de procurer des soins médicaux aux groupes étaient exclus des cadres de l'organisme médical local et perdaient par le fait même leur droit de pratiquer dans les hôpitaux locaux." (16)

Et aujourd'hui, la guerre a pris le peuple américain, tout comme nous, tragiquement au dépourvu. Il existe déjà une rareté d'hygiénistes sur le front intérieur. De nouvelles concentrations de populations dans certaines localités où des industries de guerre sont en rapide croissance créent de sérieux problèmes d'hygiène, les principaux tenant au contrôle des maladies contagieuses et aux services convenable d'obstétrique.

Le Canada aujourd'hui

Le Canada a deux plans d'assurance-maladie sanctionnés par des lois mais ils sont inopérants. Etudions-les brièvement.

Le plan de la Colombie-Britannique

La loi de la Colombie-britannique relative à l'assurance-maladie fut édictée en 1936. Elle fixe à $1,800 par année le niveau du revenu de personnes employées et comporte une disposition quant à l'assurance facultative des personnes non employées. Le taux de contribution est établi à 2 p. 100 des salaires dans le cas des employés et à 1 p. 100 des salaires dans le cas des employeurs. Les personnes à charge sont comprises, mais les indigents ne le sont pas. Compte non tenu d'un premier octroi versé pour fins d'organisation, le gouvernement devait être affranchi de toute responsabilité financière. La seule prestation est une prestation médicale, aucune prestation en espèces n'étant prévue. Le "fond médical" à même lequel les médecins seront rémunérés s'établira à au moins $4.50 par année pour chaque personne assurée. De plus, sous le régime de l'assurance-maladie, le médecin est autorisé à exiger $1 pour le premier appel de jour et $1.50 pour le premier appel de nuit. Toutes les consultations au bureau sont gratuites.

La profession médicale s'est opposée au plan en donnant comme principales raisons: l'exclusion des indigents, le manque d'installations hospitalières pour répondre à la demande créée par l'assurance-maladie et la rémunération insuffi-

sante. Et nous ajouterons que la loi ne comportait aucune disposition relative aux cultivateurs.

Le plan de l'Alberta

L'Alberta adopta une loi d'assurance-maladie en 1935. Il y était prévu que chaque habitant touchant un traitement ou un salaire payerait $2.01 par mois et chaque employeur 81 cents par mois pour chaque employé. Les personnes non employées mais percevant des revenus payeraient $2.82 par mois. On a estimé le coût à $14.50 par semaine par année, l'employé payant cinq neuvièmes, l'employeur deux neuvièmes, et le gouvernement provincial deux neuvièmes. Sur la base d'une personne percevant des revenus contre deux personnes qui n'en percevaient pas, la personne percevant des revenus payerait pour trois personnes.

Les prestations offertes consistent dans des services médicaux assez complets, l'hospitalisation, les médicaments, les soins de garde-malade et les soins dentaires. Les services d'hygiène publique du district médical seraient soutenus à même la caisse d'assurance.

En d'autres termes, le plan de l'Alberta prévoyait le partage de la province en districts où les services que comportent l'hygiène publique et les soins médicaux seraient à la portée de tous sans égard aux revenus. Les contributions des personnes employées auraient acquitté la part des indigents. On projetait de mettre le plan à l'essai dans deux zones de démonstration, une urbaine et l'autre rurale, mais avec l'avènement d'un gouvernement créditiste le projet resta sans suite.

Comme on le voit, le plan de l'Alberta prévoyait un mode de financement fondé sur le système contributoire. Dans le cas d'une seule province, il n'y avait pas d'autre méthode de répondre à la situation. Toutefois, quand le projet revêt une envergure nationale, cette méthode onéreuse de financement n'est plus nécessaire.

Quelques plans en vigueur

Tout comme nos amis outre-frontière, nous avons adopté plusieurs projets cherchant à enlever des épaules du particulier le fardeau que constitue le coût des soins médicaux. Nous avons divers régimes d'hospitalisation collective ici et là au Canada. Des cliniques ambulantes répondent aux besoins des agglomérations éloignées, ainsi que la chose se pratique dans l'Alberta, des médecins municipaux desservent 102 municipalités rurales et 68 villes et villages de la Saskatchewan (janvier 1942) et environ 20 municipalités du Manitoba.

Il existe plusieurs plans institués par des industries, mais dans la plupart des cas les personnes à charge en sont exclues, sauf dans les plans importants tels que ceux de la Consolidated Smelters, de Trail, C.-B.; le plan Hollinger, de Timmins, Ont., et le régime dit "Check Off" du Cap-Breton en Nouvelle-Ecosse.

En Ontario, le plan d'hôpital procure 21 jours d'hospitalisation à l'individu. Le souscripteur individuel paie 50 et 75 cents par mois pour soins d'hôpital dans une salle publique ou semi-privée, les familles $1.00 et $1.50. L'organisme appelé *Associated Medical Services* procure les soins de médecin, de spécialiste et d'hôpital aux taux suivants: $2.00 par mois par souscripteur; $1.75 pour la première personne à charge; $1.50 pour la deuxième; $1.25 pour la troisième; et $1.00 pour chaque personne à charge additionnelle. Les familles de cultivateurs trouvent que le coût de ce régime dépasse leurs moyens, vu qu'il s'établit à $90 par année pour une famille de cinq.

Dans le Québec, les unités sanitaires rurales fournissent un service d'hygiène publique à presque tous les comtés ruraux. Quelques-uns des comtés dans l'est de l'Ontario ont mis ce régime à l'essai.

Budgets d'hygiène publique insuffisants

Nous avons dans les villes nos départements d'hygiène publique. Le développement de ces services dépend des sommes affectées à ces fins. La préparation des prévisions budgétaires pour l'hygiène manque d'uniformité. Le docteur Jenkins, l'hygiéniste d'Edmonton, a signalé qu'en 1930 il n'y avait qu'une ville canadienne qui dépensait même la somme minimum par personne, soit, la ville de Toronto, $1.21. Elle était suivie de Hamilton qui dépensait 83 cents, Regina, 79 cents et ainsi de suite jusqu'à Halifax dont l'affectation était de 22 cents. Il est à noter aussi que les sommes dépensées pour l'hygiène publique depuis 1930 sont dans l'ensemble à la baisse.

Nous avons déjà indiqué ce qui manque aux zones rurales en matière d'hygiène publique. Nous avons signalé l'insuffisance des budgets de nos ministères provinciaux d'hygiène et les opinions qu'entretiennent les provinces en général quant à leurs services insuffisants. Les divers moyens pris pour enrayer les ravages de la maladie n'ont servi qu'à mettre en relief l'immensité du problème, et nous finissons par nous rendre compte que seul une lutte nationale concertée suffira à combler les vides, réduire le chevauchement et à mettre en œuvre toute l'énergie que nous possédons pour propager la doctrine de l'hygiène préventive. En effet, on a cherché à abattre un monstre qui prend des proportions terrifiantes en faisant feu de tous les côtés avec des pistolets-jouets.

Ceux d'entre nous qui sont toujours satisfaits de la situation qui existe au Canada en matière de santé feraient bien de se rappeler qu'il y a au Canada tous les ans quelque 20,000 mères qui ne reçoivent pas de soins médicaux à la naissance de leurs enfants, et qu'un quart seulement de toutes les naissances ont été l'objet de soins prénataux. Il a été établi que 70 p. 100 de tous les décès de mères sont dus à des conditions évitables ou susceptibles d'être traités. (17)

Le taux de la mortalité infantile du Canada en 1941 (l'année de la statistique la plus récente) était de 60 par 1,000 naissances vivantes, et le taux a varié de 37 en Colombie-Britannique à 76 dans Québec et le Nouveau-Brunswick, et à 80 dans l'Ile du Prince-Edouard.

Les chiffres moyens ne suffisent pas à indiquer toute la gravité de la situation. Toronto en offre un exemple. Nous ne nous contenterons pas des taux globaux, mais nous comparerons les données d'un district de gens à l'aise et celles d'un district pauvre:

STATISTIQUES D'APRÈS LES DISTRICTS ADMINISTRATIFS—1940

	Yorkville	Moss Park
Par 1,000 âmes—		
Taux de natalité	11.8	16.9
Taux de mortalité	10.9	16.3
Par 100,000 âmes—		
Tuberculose	14.4	59.4
Maladies contagieuses	1.4	8.5
Par 1,000 naissances vivantes—		
Enfants	25.7	58.6
Mères	2.9	6.7

Ces chiffres indiquent clairement le besoin de statistiques par localités (sujet dont nous avons déjà traité), et de centres d'hygiène là où leur établissement s'impose le plus. Nous prévoyons, si ces centres sont convenablement établis sous le régime de l'assurance-maladie, que la masse des gens pauvres habitant nos grandes villes n'auront pas à se contenter des soins que peuvent leur donner les cliniques d'hôpitaux. Nous ne faisons pas tout ce qu'il convient de faire pour nos mères et enfants quand nous les contraignons d'attendre toute la

journée, qu'on s'occupe d'eux au dispensaire et de prendre contact avec toutes sortes de contagions. Le fait pour une mère qui est ouvrière et qui doit perdre une journée de salaire pour conduire son enfant à la clinique, et qui en fin de compte ne peut voir le médecin, est l'une des tragédies de notre système insuffisant.

Les femmes composent la moitié de la population du Canada. Nous ne le penserions pas en considérant les conditions hygiéniques auxquelles sont soumis les enfants et les mères du pays. Les femmes devraient exiger que l'on porte plus d'attention à l'obstétrique dans le cours médical (18) et que des soins maternels de tout premier ordre soient accessibles dans toutes les parties du Canada, sous le régime de l'assurance-maladie.

La Grande-Bretagne se trouve dans la situation heureuse d'avoir une armée de sages-femmes compétentes qui sont montées noblement sur la brèche quand tant de médecins sont requis pour l'armée. Malgré tout ce que le pays a subi, son taux de mortalité maternelle en 1940 fut le plus bas dans son histoire, soit 2.61 par 1,000 naissances vivantes. "Et il importe à ce stade de rendre hommage à l'esprit de dévouement des sages-femmes qui, il ne faut pas l'oublier, sont présentes à 90 p. 100 des naissances en ce pays, et les seules préposées dans le cas de 65 p. 100 des naissances". (19)

La sagesse ne commande-t-elle pas de faire une enquête approfondie sur ce que l'on accomplit pour les mères et les enfants dans d'autres pays, et d'appliquer à notre propre situation ce dont la valeur a été établie?

Les employés industriels du Canada

Dans la présente guerre, la production industrielle court un plus grand risque que celui qui provient des grèves, et ce risque existe constamment. Le docteur L. B. Pett a signalé, dans un discours qu'il prononçait récemment à Toronto, que des ouvriers ont perdu l'an dernier, pour cause de maladie, cinquante millions de dollars en salaires. Du point de vue de l'industriel, cette absence du travail a causé à la production une perte de soixante-quinze millions de dollars. Outre le salaire qu'il perd, l'ouvrier doit porter le fardeau que constituent pour lui la note du médecin, les frais d'hôpital ou d'une garde-malade. On a estimé que le peuple canadien paie annuellement deux cent cinquante millions de dollars en frais de maladie de toutes sortes. Nous avons déjà un total de trois cent soixante-quinze millions de dollars, ce qui dépasse le chiffre des estimations relatives au coût total d'un plan national d'hygiène pour le Canada.

Nos moyens nous permettent-ils d'avoir un plan national d'hygiène? Nous constatons plutôt que nos moyens ne nous permettent pas de nous en passer. L'examen du coût d'un ou deux engins de guerre démontre que le peuple canadien dépense à pleines mains, pour des fins destructives, beaucoup plus que ce que coûterait l'application d'un programme constructif d'hygiène.

Le problème a été résumé par un industriel américain, M. Charles W. Taussig (président de l'American Molasses Co., et président du Comité consultatif de l'Administration nationale de la jeunesse) dans un travail présenté à la Conférence nationale de l'hygiène à Washington, et dont nous avons déjà parlé:

"Exposer ce qui manque, au point de vue de l'hygiène, à la jeunesse aidée par l'Administration nationale de la jeunesse ne serait que répéter, dans un domaine particulier, les statistiques générales que l'on a déjà portées à votre connaissance... Le livre récent des Lindley, "A New Deal for Youth", parle de cette question; il attire l'attention sur un cas qui nous paraît typique de l'administration de la jeunesse. C'est celui d'une ville industrielle de l'Ouest central où 1,800 garçons et filles ont subi un examen physique complet. Quarante-trois pour cent d'entre eux ont été trouvés incapables de travailler dans les industries privées à cause de leur condition de santé... Nous sommes beaucoup plus habiles à prévenir la maladie qu'à prévenir le chômage. Et pourtant nous étudions coura-

geusement le domaine économique, qui nous est peu connu, et négligeons le domaine que nous connaissons déjà au moins en partie."

"Si vous me permettez pour un instant de vous parler comme chef d'une corporation industrielle, j'aimerais souligner le fait que la dépense de $850,000,000 n'effraie pas les hommes d'affaires. Ils supportent aujourd'hui, parce que nous avons négligé de surveiller suffisamment la santé publique, un fardeau financier beaucoup plus lourd que le poids des taxes à payer par eux en vertu du plan projeté. Le coût annuel des maladies qu'on aurait pu prévenir atteint les millions de dollars. Les hommes d'affaires intelligents considèreront l'établissement de services d'hygiène suffisants comme une subvention à l'industrie, non pas comme un fardeau. La présidente de la Conférence, Mlle Joséphine Roche, industrielle importante, acceptera sans aucun doute ce point de vue... J'avoue que les problèmes étudiés ici imposent une épreuve difficile à la démocratie; l'une des premières questions que nous devons poser en étudiant le système démocratique est en effet celle-ci: Peut-il s'adapter aux besoins sociaux reconnus de notre peuple?"

Agriculture

Nous ne savons pas à combien s'élèvent les pertes de production agricole imputables à la maladie, car le compte des absences n'a été fait que pour les salariés des villes. L'hygiène est importante pour l'agriculture plus que pour n'importe quelle autre forme d'occupation. On accordera désormais, par exemple, l'attention qu'elles méritent aux relations du sol et de la santé. Il reste beaucoup de recherches nécessaires à effectuer dans ce domaine. En Russie, toutes les fermes collectives ont leur laboratoire à cette fin...

L'intérêt grandissant des masses populaires pour l'alimentation nous indique jusqu'à un certain point l'importance de ce problème dans l'ensemble des mesures d'hygiène nationale à préparer. Notre industrie fondamentale, l'agriculture, se trouve là dans son domaine. Elle produira, non pas selon notre capacité de consommation sous le régime économique actuel, mais selon nos besoins humains.

Relevés sur l'alimentation canadienne

On a fait, au Canada, des relevés sur l'alimentation des diverses couches économiques de la population des villes de tout le pays; ces relevés font voir qu'il existe au Canada un problème d'alimentation sérieux. Le docteur L. B. Pett, directeur des Services de l'alimentation au ministère des Pensions et de la Santé nationale, à Ottawa (et aussi secrétaire du Conseil canadien de l'alimentation), mène actuellement une grande campagne afin d'intéresser les gens à l'alimentation dans toutes les localités.

Il dit (20): "Quels gens essayons-nous d'atteindre?—Tout le monde... Les relevés de l'alimentation au Canada indiquent une tendance vers une meilleure alimentation lorsque les revenus des familles s'accroissent, mais non pas dans tous les cas. Ces relevés ont démontré, en outre, des lacunes sérieuses dans l'alimentation des familles d'un revenu inférieur à $1,500. J'apprends que ce groupe comprend plus de la moitié des familles canadiennes; le problème de l'alimentation est donc très vaste... Par conséquent, en analysant le sens de l'expression "tout le monde", il faut souligner qu'il ne s'agit pas seudement des familles secourues, ni seulement des familles à revenus très bas; les relevés indiquent qu'il peut y avoir alimentation insuffisante même dans les cas où l'on dépense beaucoup pour se nourrir."

Expérience d'alimentation maternelle à Toronto

Les causes de l'alimentation insuffisante sont économiques, ressortissent du manque d'éducation—et aussi de l'indifférence. L'importance des deux premières catégories de causes est apparue clairement à la suite d'une expérience faite à

Toronto (21). On fit cette expérience parce qu'au cours des vingt-cinq dernières années, bien que la mortalité des enfants de moins d'un an ait baissé au même rythme que la fréquence des maladies contagieuses, le nombre de morts se produisant au cours des toutes premières semaines de vie a très peu diminué.

On étudia les cas de quatre cents mères de faibles revenus et on les divisa en trois catégories. La première, dont l'alimentation était insuffisante, fut laissée à son sort pour servir de point de comparaison; la seconde catégorie, insuffisamment nourrie elle aussi, reçut un supplément de nourriture; et la troisième, chez laquelle l'alimentation prénatale était modérément bonne, ne reçut comme amélioration de son sort que des conseils éducatifs.

La composition du supplément de nourriture est intéressante: 30 onces de lait, 1 œuf et 1 orange par jour; une fois par semaine, deux boîtes de 16 onces de tomates en conserve et une demi-livre de fromage canadien. A la clinique, on faisait manger des germes de blé auxquels étaient ajoutés du malt et du fer; et l'on donnait tous les jours des capsules de vitamine D. Le coût de cette nourriture (supplément à celle que le revenu de la famille suffisait à payer) fut de $25 par personne traitée durant une période moyenne de 4.7 mois.

Quel fut le résultat? Durant toute la période de grossesse, les mères de la catégorie de la diète supplémentée et celles de la catégorie de la diète "modérément bonne" connurent une meilleure santé, souffrirent de moins de complications et accouchèrent plus facilement que les mères laissées à leur diète "pauvre". Le nombre de fausses couches, de mises au monde d'enfants mort-nés et d'accouchements prématurés fut plus considérables chez les mères de la catégorie de la diète "pauvre". La fréquence des maladies chez les enfants de moins de six mois et le nombre de morts résultant de ces maladies furent beaucoup plus forts dans la catégorie de la diète "pauvre". Très souvent il était possible de deviner, après un simple coup d'œil sur le bébé, la catégorie dont la mère faisait partie.

Les aliments protectifs ont leur rôle à jouer dans la réduction de nos taux élevés de mortalité et de morbidité maternelle et infantile. La faim de "ventres creux" que les familles de cinq personnes et de faibles revenus tâchent de soulager en mangeant 14 pains par semaine, il est ridicule de la combattre de cette façon si le pain ne contient pas tous les principes vivants du blé. Plus insidieuses encore est la faim "cachée", qui résulte d'un manque d'équilibre du régime alimentaire. Nous commençons à comprendre que beaucoup des maladies et des crises de divers organes du corps humain proviennent de l'ignorance de ce qui constitue un bon régime, ainsi que de l'impossibilité financière de se l'assurer.

Production selon nos besoins humains

Voici donc le défi—non seulement à tous ceux qui s'occupent du soin des mères et des enfants, mais aussi au producteur primaire des aliments. "Si nous adoptons un plan de production des aliments basé sur les besoins humains, notre première tâche sera de produire le surcroît d'aliments qui sera nécessaire. Il est possible d'estimer les quantités additionnelles d'aliments protectifs qui sont nécessaires pour porter le régime alimentaire de toute la population au degré de qualité nécessaire à la santé. Ces calculs ont été faits, aux Etats-Unis, et l'on a trouvé qu'il fallait augmenter comme suit la production des aliments protectifs les plus importants, afin de pouvoir nourrir suffisamment toute la population en laissant à chacun sa liberté de choix: beurre, 15 p. 100; lait, 20 p. 100; œufs, 35 p. 100; tomates et agrumes, 70 p. 100; légumes verts à salades, 100 p. 100. Si les Etats-Unis faisaient ces additions à la table nationale, il serait possible de hausser jusqu'au niveau minimum la diète des 45 millions de personnes chez qui elle est insuffisante". (Le docteur Pett, à Ottawa, travaille à des calculs semblables pour le Canada. Nous attendons avec beaucoup d'intérêt les résultats de son travail.)

Système d'alimentation mondiale

"Si le Commonwealth britannique se joint aux Etats-Unis pour établir un système d'alimentation basé sur les besoins humains, l'ancien problème d'une masse d'aliments impossibles à vendre sera remplacé par un problème de pénurie. Les mesures de restriction de la production seront remplacées par un accroissement scientifique de la production alimentaire. Si l'on applique le sixième article de la Charte de l'Atlantique de telle façon que tous les pays coopéreront pour libérer de la misère tous les hommes de toute la terre, la possibilité de l'accumulation d'une masse d'aliments impossibles à écouler s'éloignera tellement que la menace en deviendra tout au plus théorique. Tous les pays peuvent dès maintenant se préparer à une prospérité et à une expansion de l'agriculture". (22)

Résultats pour l'agriculture

Après avoir décidé de lancer une campagne d'alimentation, nous devons examiner ce qu'en seront les résultats au point de vue de l'agriculture, que tous les Etats doivent maintenir le plus stable et le plus prospère possible. De cette industrie de base dépend la prospérité de toutes les autres. Une grande partie de nos terres a été appauvrie par des méthodes défectueuses de culture. Il est en bien des cas difficile de remplacer cette richesse minérale. Le fermier peut traiter le sol au nitrate, mais il ne peut essayer de remplacer les phosphates perdus. Les aliments ne peuvent être plus nourrissants que le sol dont ils proviennent; notre premier soin doit donc être d'enrichir et de garder riche le sol de nos terres. En outre, certains produits alimentaires ont plus de valeur lorsqu'ils ont poussé dans certaines régions; il faudra donc essayer de faire pousser les aliments là où les conditions naturelles sont le plus favorables, ce qui provoquera des échanges abondants de produits agricoles. Un accroissement de la production du lait, du fromage, du beurre, des œufs, des légumes et des fruits exige plus de main-d'œuvre que la production des plantes de grande culture; il faudra plus d'hommes sur les fermes.

Il y aura du travail pour un plus grand nombre de fermiers, pour plus de machines agricoles; les chemins de fer transporteront plus de trafic, les épiciers feront plus de profits, il coulera plus de sang rouge par les veines et les artères du commerce. Les résultats s'en feront sentir dans tout notre organisme économique. Le système de l'expansion agricole en vue de satisfaire tous les besoins alimentaires de l'humanité aura de profondes répercussions sur l'industrie et le commerce par toute la terre. L'agriculture devra accomplir des progrès pour produire le surcroît d'aliments nécessaire.

Les fermiers du Canada, par l'intermédiaire de leurs cercles d'études radiophoniques nationaux, étudient leur place relative, non seulement dans l'économie nationale, mais aussi dans l'économie mondiale de demain. Dans le domaine de l'hygiène, ils ont un rôle de premier plan, et non seulement à cause de leurs besoins, dont on s'est trop peu occupé par le passé, mais aussi à cause de la contribution qu'ils devront faire dans un avenir prochain. Il faut qu'ils étudient plus diligemment que jamais leurs problèmes.

La Fédération de l'agriculture est persuadée qu'une grande part du succès de ce mouvement est imputable à l'aide de Radio-Canada et de la *Canadian Association for Adult Education.*

Les dentistes

Comme dans les autres domaines, leur production a dépendu de la capacité du public d'avoir recours à leurs services... capacité conditionnée par la richesse du public. Nous n'avons pas plus de dentistes aujourd'hui, par exemple, que le recensement de 1931 n'en avait compté.

Les représentants des dentistes ont avoué cette lacune lorsqu'ils ont témoigné, récemment, au Comité d'assurance-maladie du gouvernement fédéral. Ils ont fait remarquer que, pour résoudre le problème, tous les dentistes disponibles devront se consacrer surtout au soin des enfants, et, en même temps, devront recevoir des renforts. Prenant la question de ce point de vue logique et digne d'éloges, ils s'intéressent à toute enquête faisant voir un état positif de santé dentaire plutôt que l'état négatif aujourd'hui général. A ce sujet, ils étudient avec soin les dossiers et les radiographies d'un groupe nombreux d'enfants mis au monde et qui se développent sous la direction de la *Canadian Mothercraft Society*. Les mères de ces enfants on bénéficié au plus haut point de l'éducation en matière d'hygiène, de soins prénataux et de bons régimes alimentaires; leurs enfants ont été nourris au sein et ont été l'objet d'une surveillance et d'une direction constantes dans leurs années préscolaires et depuis. Ils accusent un développement tellement suérieur aux points de vue physique aussi bien que dentaire, que les médecins et les dentistes ayant vu au relevé précité sont convaincus que si nous nous en tenions à des principes sains en matière d'aliments naturels, de soins appropriés et de l'éducation de toutes les mères, nous diminuerions la fréquence de la carie dentaire et aurions dans l'avenir des mères et des enfants plus en santé.

Hôpitaux et infirmières

Nos hôpitaux ont à faire face à une situation impossible. Là où ont été appliqués pendant un certain temps des plans d'hospitalisation collective on a remarqué que l'exploitation des hôpitaux n'est plus déficitaire. Mais la moyenne des hôpitaux, dans une tentative de compenser les traitements gratuits aux malades dans les salles publiques et les dispensaires ont appliqué une échelle progressive de taux, de sorte que les riches et les personnes à revenus modestes ont dû débourser largement pour les soins d'hôpitaux. Dans l'intervalle, les traitements des indigents dans les hôpitaux des villes entraînent des frais toujours croissants aux municipalités de l'extérieur; elles adoptent à leurs réunions de conseils de comté des résolutions innombrables en faveur de l'étatisation des hôpitaux.

Pour diminuer leurs faux frais, les hôpitaux réduisent leur personnel, ce qui surmène les infirmières, souvent au point de compromettre leur santé. Souvent, les maladies, à moins qu'ils ne puissent se payer une garde privée, sont négligés. La guerre a accentué le problème économique des hôpitaux. Bon nombre d'entre eux fonctionnent avec un outillage réduit, parce qu'il est impossible de le remplacer.

Le public se plaint qu'il ne peut donner $6.00 à une garde pour huit heures de travail (ces frais sont plus élevés pour les maladies mentales ou infectieuses), ce qui a amené la demande croissante pour les services des gardes à tout faire. Mais les gardes ne s'enrichissent pas. Après l'obtention de leurs diplômes elles perdent beaucoup de temps à attendre des malades. Le Dr G. M. Weir dans son "Survey of Nursing Education in Canada", a démontré qu'en moyenne les gardes en service privé étaient employées 29.9 semaines sur 52. Cependant, malgré que les gardes chôment, les gens ne sont pas soignés. Un relevé sur les soins par les gardes-malades fait dans l'Ontario en 1938 a démontré que 80 p. 100 des malades non soignés par celles-ci ne pouvaient en payer les frais.

Nous tournons dans un cercle vicieux. D'après un plan national d'hygiène, nous nous attendrions à une modification complète vers le mieux, les traitements d'hôpitaux et les soins par les gardes-malades étant basés sur les besoins humains, et aussi, à ce que sans risques financiers, les traitements seraient dans l'ensemble améliorés, et que les personnels iraient de pair avec les besoins des hôpitaux au lieu de leurs deux frais. Les faux frais des hôpitaux seraient considérablement réduits par la construction d'ailes pour les convalescents, ce qui hâterait leur rétablissement.

Autres spécialistes en hygiène

Il n'est pas douteux que l'une des questions que se pose le public aujourd'hui est celle-ci: que deviennent les autres spécialistes en hygiène qu'il a pris l'habitude d'employer et dont les services ont été avantageux? Autrement dit, que fait-on des ostéopathes et des chiropraticiens? A notre sens, il y a deux méthodes à suivre: que ces services soient reconnus d'après un plan national, ou que le travail qu'ils accomplissent figure au cours d'études médicales. Le public s'attend à ce que cette situation soit tirée au clair.

Les médecins

Quelle est l'attitude des médecins à l'égard de l'assurance-maladie nationale? A en juger par les réponses reçues au questionnaire envoyé par la *Canadian Medical Association* aux médecins de tout le Canada, à peu près 21 p. 100 ont répondu, en supposant que leur nombre soit de près de 11,000 au Canada. Ainsi, on ignore l'opinion de la majorité d'entre eux. Tout de même, on peut tirer de ce questionnaire quelques déductions intéressantes, basés sur les dix-huit principes soumis par l'association des médecins.

Le principe n° 8 préconise la détermination d'une échelle de revenu au-dessous de laquelle la population participerait au plan. Nous avons déjà signalé que cela ne favorise pas les intérêts de toute la population canadienne. Jusqu'ici, les médecins ont eu pour tendance de varier leurs honoraires selon les ressources de leurs malades (l'échelle progressive) et leur impuissance à obtenir le paiement d'un fort pourcentage de leurs notes. En d'autres termes, les malades qui paient leurs médecins les indemnisent à des taux assez élevés pour faire face au temps qu'ils passent dans les cliniques, dans les hôpitaux et qu'ils consacrent à d'autres travaux non rémunérateurs. On doit aussi tenir compte qu'il leur faut à peu près huit ans pour se faire une clientèle. Les faux frais élevés et les visites aux malades dans les campagnes constituent d'autres facteurs qui contribuent à hausser les frais des traitements médicaux.

Dans l'avenir tout cela sera éliminé par l'assurance-maladie. Nous ne voyons donc pas pourquoi un groupe de la population doit être puni, ou être privé des avantages du genre de service que nous entrevoyons—non pas la médecine pour le pauvre, mais la médecine préventive à son mieux d'après une base familiale, que les malades soient riches ou pauvres.

Il faut aussi se rendre compte que jusqu'ici, une minorité des médecins ont été dans une situation telle qu'ils ont pu exiger de forts honoraires. La grande majorité ont traité des maladies à ressources variables, à faibles ressources ou sans ressources.

L'individualisme robuste a produit un multitude d'individus bien loin d'être vigoureux—chez les médecins et leurs malades. En justice pour la grande majorité des médecins qui ne se sont pas ménagés pour donner leurs soins dans des conditions très difficiles, nous voulons signaler que d'après un plan national, la population canadienne veut une rétribution juste pour tous les médecins, aussi bien que des services équitables pour toute la population.

Le principe n° 14 préconise que l'assurance-maladie devrait être basée sur l'échelle des honoraires établie par les médecins de chaque province. 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.

La question se complique encore du fait que la plupart de ces opérations dépendent du travail de spécialistes, et sauf pour une province du Canada, aucune loi ne précise qui est ou n'est pas un spécialiste. En 1930, le docteur W. Harvey Smith a traité particulièrement ce point dans son discours à titre de président de la *Canadian Medical Association.*

"Parmi les lois récemment adoptées au Canada à l'égard de la pratique médicale, ce qui attire surtout l'attention ce sont les règlements statutaires régissant les spécialistes en Alberta; ce sont les mesures législatives les plus avancées du genre au pays. D'après ces règlements aucun praticien ne peut s'annoncer au public comme spécialiste dans tout domaine reconnu de pratique spéciale, à moins d'avoir reçu du sénat universitaire de la province, un certificat à l'effet qu'il a satisfait à certains desiderata précis concernant les études et l'expérience. Ces dispositions protègent les spécialistes authentiques et le public d'Alberta contre des personnes ignorantes et inexpérimentées qui posent en spécialistes. La loi de l'Alberta tend certainement à assurer une formation plus grande et une plus grande compétence dans les travaux des spécialistes, et en vérité, dans ceux des médecins généraux également. Je me crois justifié de dire que ce n'est qu'une question de temps avant que les autres provinces suivent l'excellent exemple ainsi donné. . ."

Jusqu'ici, on n'a accompli rien de plus en vue de protéger l'exercice de la médecine et le public. Nous remarquons qu'en septembre 1941, le bulletin de l'*Ontario Medical Association* insiste sur ce besoin dans les termes suivants: "Le projet d'assurance-maladie rend encore plus nécessaire la classification et l'autorisation des spécialistes".

Le docteur E. A. McDonald, lorsqu'il était président de l'Académie de médecine de Toronto en 1933, avait proposé un plan de médecine d'Etat à l'Association (23) par lequel les praticiens généraux recevraient des traitements de $6,000 et les spécialistes, de $8,000 à $10,000 par année. Cela simplifierait certainement le calcul des frais globaux d'un plan national d'assurance-maladie.

Et si, par exemple, les spécialistes en hygiène attachés aux centres d'hygiène en vertu d'un plan national, étaient assurés d'une rétribution convenable, et d'augmentations de traitements allant de pair avec le degré de progrès de la médecine préventive dans leur région, nous croyons qu'il en résulterait l'établissement d'une émulation bien supérieure au système de concurrence individuelle du passé.

L'avenir

La loi a rendu l'enseignement obligatoire pour tous nos enfants, mais il n'en est pas de même quant à l'observation de l'hygiène. A l'avenir l'enseignement ne se donnera pas aux sujets peu développés du passé.

Au lieu de cela, nous verrons à ce que tous les enfants aient toutes les chances de se développer aux points de vue mental et physique avant de commencer leurs classes. L'éducation et l'hygiène iront alors de pair, au très grand avantage des deux.

Nous devrions avoir au Canada une campagne annuelle d'hygiène, alors que les jeunes du Canada se réuniraient dans nos capitales—ou ce qui serait encore préférable dans nos grands parcs nationaux. Ce qu'il y a de tragique actuellement, c'est que les Canadiens ne connaissent pas leur pays. La plupart d'entre

eux vivent et meurent dans un coin d'une province et ne connaissent rien des merveilles du Canada ou des différentes opinions dominantes de l'Atlantique au Pacifique. Comment obtiendrons-nous mieux l'union que par des relations mutuelles des enfants des différentes provinces et par des voyages qu'ils feraient d'une côte à l'autre du Canada en été. Ces déplacements d'envergure nous seraient une inspiration à tous et par nos enfants nous commencerions à obtenir l'entente et l'unité.

Nous ne constituons que des étapes vers l'avenir. Dans vingt-cinq ans d'ici, nos enfants jetteront un coup d'œil sur le passé et diront si nos plans étaient propres à favoriser un plein développement national après la guerre.

La coopération s'impose afin d'arriver au succès dans n'importe quel plan national. Sûrement, nous ne craindrons pas d'envisager objectivement nos problèmes et d'appliquer le fruit de nos réflexions.

Nous avons besoin d'une orientation dans notre mode de penser. Il reste à découvrir de grandes vérités et à les appliquer pour le plus grand bien de l'humanité. Si nous n'appliquions que ce que nous savons déjà, le monde en serait transformé.

Si la guerre nous nous a pas déjà appris cette vérité, à savoir que nous sommes tous des compagnons de route sur une même planète et que la santé, le bonheur et le bien-être de tous doivent faire le souci de chacun, notre jeunesse se sera alors sacrifiée en vain.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

1. Study of the Distribution of Medical Care and Public Health Services in Canada; and Canad's Health. The National Committee for Mental Hygiene, 111 rue St. George, Toronto.
2. Opuscule—Municipal Health Services. The Ontario Federation of Agriculture, 409 rue Huron, Toronto.
3. Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, volume II, page 33.
4. Hygiène publique—Etude préparée par A. E. Grauer pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, pages 80-81. Note: Les données des provinces n'ont pas été préparées sur une base identique; mais elles constituent une approximation satisfaisante.
5. Incomes Assessed for Income War Tax in Canada, 1939. Bureau fédéral de la statistique.
6. Population Projection on the Basis of 1931-1936 Birth Rates and the 1931 Life Table by Quinquennial Age Groups, Canada, 1931-1971.
7. Ceci est basé sur les années 1938-1941, inclusivement, avec les trois premiers mois de 1942 afin de fournir une comparaison avec la durée de la dernière guerre.
8. Preventive Medicine in General Practice. Dr Grant Fleming, professeur d'hygiène publique et de médecine préventive, Université McGill. *Canadian Public Health Journal*, août 1940.
9. Extrait d'un diccours prononcé par le Dr Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé et du Bien-être social de la province de Québec. *Canadian Public Health Journal*, septembre 1941.
10. Opuscule—Municipal Health Services. The Ontario Federation of Agriculture.
11. Health and Medical Education. Dr E. Stanley Ryerson, doyen adjoint et secrétaire de la Faculté de médecine, Université de Toronto.

12. The General Practioner—His Place in the Medical Profession. Dr Roger I. Lee, dans un travail présenté à l'*American Acadamy of Political and Social Science,* Philadelphie, février 1934.

13. Morbidity Survey in the Municipal Doctor Areas in Manitoba. Dr F. W. Jackson, *Canadian Public Health Journal,* octobre 1941.

14. Voir Municipal Health Services. The Ontario Federation of Agriculture.

15. Extraits de Socialized Medecine in the Soviet Union. Dr Henry E. Sigerist, professeur d'hygiène médicale, Université Johns Hopkins. On suggère de lire également Agriculture and Medical Research: Russia's Secret Weapon, par Doyson Carter.
The Socialist Sixth of the World, par le Doyen de Canterbury.

16. Study of the Distribution of Medical Care and Public Health Services in Canada, page 127.

17. Dr Ernest Couture, directeur de l'Hygiène maternelle et infantile, ministère des Pensions et de la Santé nationale, Ottawa.

18. "Aujourd'hui, aucune école médicale canadienne ne considère l'obstétrique autrement qu'un sujet secondaire pour lequel suffisent 50 à 60 p. 100 des notes d'examen." Extrait de "Need our Mothers Die?", étude préparée par un comité spécial du *Canadian Welfare Council.*

19. Mothers and Children in Great Britain. Extrait du rapport du ministère britannique de la Santé. Cité dans *The National Health Review,* ministère des Pensions et de la Santé nationale, Ottawa, juillet 1942.

20. A Canadian Nutrition Programme. Dr L. B. Pett. *Canadian Public Health Journal,* juillet 1942.

21. The Influence of Prenatal Diet on the Mother and Child. Drs J. H. Ebbs, F. F. Tisdall et W. A. Scott.

22. Fighting for What? Sir John Boyd Orr.

23. Extrait d'un article sur la médecine d'état, par Anne Perry. *Canadian Comments,* novembre 1933.

Le PRÉSIDENT: Nous allons ajourner à mardi prochain à 11 hrs.

Le Comité s'ajourne à midi et 45 pour se réunir de nouveau le mardi 18 mai 1943, à 11 heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

de la

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule nº 11

SÉANCE DU MARDI 18 MAI 1943

TÉMOINS:

Le docteur B. T. McGhie, sous-ministre de la Santé et des hôpitaux de l'Ontario.

Le docteur L.-R. Vézina, du ministère de la Santé du Québec (directeur de la Division des asiles d'aliénés).

Le docteur C. B. Farrar, professeur de psychiatrie, Université de Toronto.

Le docteur J. P. S. Cathcart, neuropsychiatre en chef, ministère des Pensions et de la Santé nationale, Ottawa.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 18 mai 1943.

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 (*Edmonton-Est*), MM. Claxton, Cleaver, Côté, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Hatfield, Howden, Hurtubise, Kinley, Lalonde, Leclerc, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGarry, McGregor, Maybank, Mayhew, Shaw, Veniot, Warren, Wood et Wright—34.

Le docteur J. J. Heagerty est invité à présenter les témoins. Il présente le docteur B. T. McGhie, sous-ministre de la Santé et des Hôpitaux de l'Ontario. Le docteur McGhie, à son tour, présente les personnes suivantes:

Le docteur L.-R. Vézina, ministère de la Santé du Québec (directeur de la Division des asiles d'aliénés);

Le docteur J. P. S. Cathcart, neuropsychiatre en chef au ministère des Pensions et de la Santé nationale, Ottawa;

Le major S. R. P. Montgomery, psychiatre, S.S.A.R.C.;

Le docteur G. H. Stevenson, professeur de psychiatrie, Université Western Ontario;

Le docteur L. S. Penrose, statisticien médical suppléant, ministère provincial de la Santé, Toronto.

Le docteur C. B. Farrar, professeur de psychiatrie, Université de Toronto.

Le docteur F. H. Baugh, surintendant du sanatorium de Homewood.

Le docteur C. H. McCuaig, professeur de psychiatrie, Université Queen's, Kingston.

Le docteur McGhie présente un mémoire sur les maladies mentales et est interrogé par les membres du Comité. Des tableaux sont imprimés comme appendice "A" à son témoignage.

Les témoins suivants sont aussi appelés et interrogés: les docteurs Vézina, Farrar, Stevenson et Cathcart.

Le président remercie les témoins et ceux-ci se retirent.

M. P. R. Bengough, président suppléant du Congrès des Métiers et du Travail du Canada est appelé; il présente un mémoire au nom de ce syndicat. Après avoir été interrogé par les membres du Comité le témoin se retire.

Le président annonce que le mardi 25 mai, sir William Beveridge témoignera devant le Comité.

Le Comité s'ajourne à midi et 45 pour se réunir de nouveau le vendredi 21 mai, à 11 heures du matin alors que la *Canadian Public Health Association* sera entendue.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

le 18 mai 1943.

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

LE PRÉSIDENT: La séance est ouverte. Nous allons nous occuper ce matin d'hygiène mentale, et je prierai le docteur Heagerty de présenter les témoins.

M. WRIGHT: Monsieur le président, avant que le Comité commence l'audition des témoins, je voudrais dire un mot sur ce qui s'est passé à notre dernière séance. Nous avons reçu un représentant de la Fédération canadienne de l'Agriculture, qui devait nous présenter un mémoire, et un fonctionnaire de l'Etat. Le mémoire était très bon, et le Comité aurait dû l'entendre. Mais la Fédération canadienne de l'Agriculture nous avait envoyé quelqu'un de Toronto—un homme très occupé—et nous ne lui avons laissé qu'une demi-heure pour présenter son mémoire. J'estime que lorsque nous faisons venir quelqu'un de l'extérieur pour présenter un mémoire, nous devons l'entendre le premier, plutôt qu'un fonctionnaire de l'Etat. C'est une question de courtoisie, que je désire porter à l'attention du Comité.

LE PRÉSIDENT: Merci, monsieur Wright.

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président, messieurs, je vous présente le docteur McGhie, sous-ministre de la Santé et des Hôpitaux de la province d'Ontario. Le docteur McGhie a déjà témoigné devant nous quand les fonctionnaires des services d'hygiène de l'Ontario ont traité de l'assurance-maladie. Le docteur McGhie, outre ses fonctions de sous-ministre, s'occupe des hôpitaux et possède une longue expérience dans ce domaine, particulièrement en ce qui concerne les hôpitaux pour maladies mentales. Le docteur McGhie est accompagné aujourd'hui par un certain nombre de personnes qui font autorité en matière d'hygiène mentale, et je le prierai de vous présenter ces messieurs avant de commencer la lecture de son mémoire.

Le Dr B. T. MCGHIE, sous-ministre de la Santé et des Hôpitaux de la province d'Ontario, est appelé.

LE TÉMOIN: Monsieur le président, messieurs, les personnes qui m'accompagnent ce matin ce sont les suivantes: le docteur Vézina, du ministère de la Santé de la province de Québec, directeur de la Division des hôpitaux pour maladies mentales; le docteur Cathcart, neuropsychiatre en chef au ministère des Pensions et de la Santé nationale à Ottawa; le major S. R. P. Montgomery, psychiatre, S.S.A.R.C.; le docteur G. H. Stevenson, professeur de psychiatrie à l'Université à Western Ontario; le docteur L. S. Penrose, statisticien médical suppléant au ministère provincial de la Santé, qui consacre une partie de son temps à des recherches poursuivies dans nos hôpitaux pour maladies mentales à London; le docteur C. B. Farrar, professeur de psychiatrie à l'Université de Toronto; le docteur F. H. Baugh, surintendant du sanatorium de Homewood; le docteur C. H. McCuaig, professeur de psychiatrie à l'Université Queen's.

Je voudrais maintenant citer les personnes, de diverses provinces, qui ont collaboré au mémoire que je vais vous soumettre. Le docteur Jean Grégoire a eu l'obligeance de permettre au docteur Vézina de participer à plusieurs de nos séances, de sorte qu'il connaît bien notre texte. En outre, les personnes suivantes ont participé à la préparation du mémoire:

Le docteur R. D. Defries, professeur d'hygiène publique à l'Université de Toronto;
Le docteur F. W. Jackson, sous-ministre de l'Hygiène et du Bien-Etre, Winnipeg;
Le docteur J. T. Phair, médecin-chef du service d'hygiène de l'Ontario;
Le docteur J. P. S. Cathcart, neuropsychiatre en chef au ministère des Pensions et de la Santé nationale à Ottawa;
Le docteur M. R. Bow, sous-ministre de l'Hygiène de l'Alberta;
Le docteur R. O. Davison, sous-ministre de l'Hygiène de la Saskatchewan;
Le docteur J. W. MacNeill, surintendant de l'Hôpital provincial de la Saskatchewan;
Le docteur J. A. Pincock, psychiatre de la province du Manitoba, Winnipeg;
Le docteur L.-R. Vézina, du ministère de la Santé, Québec;
Le docteur E. C. Menzies, Saint-Jean, N.-B.;
Le docteur R. W. Mackay, Dartmouth, N.-E.;
Le docteur A. J. Murchison, Charlottetown, I. du P.-E.;
Le docteur G. H. Stevenson, professeur de psychiatre, Université Western Ontario;
Le docteur C. B. Farrar, professeur de psychiatrie, Université de Toronto;
Le docteur C. H. McCuaig, professeur de psychiatrie, Université Queen's;
Le docteur C. M. Hincks, directeur du Comité national canadien d'hygiène mentale, Toronto;
Le docteur F. H. Baugh, Sanatorium de Homewood;
Le docteur C. H. Skitch, Hôpital protestant de Verdun, Montréal;
Le major S. R. P. Montgomery, psychiatre, S.S.A.R.C.;
Le chirurgien lieut.-comm. Wellman, psychiatre de la M.R.C.;
Le commandant d'escadre H. D. Mitchell, psychiatre du C.A.R.C.;
Le docteur W. O. Gliddon, neuropsychiatre, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

Nous nous proposons de présenter le sujet des maladies mentales et de l'assurance-maladie sous les titres suivants: introduction; prévention; traitement; coût; résumé; appendice.

I. Introduction

Les maladies mentales posent le problème spécial, médical et hospitalier, le plus considérable du Canada. (*Voir* Appendice I) Le domaine de la psychiatrie s'est considérablement étendu ces dernières années. La question des malades dans les hôpitaux mentaux, qui était autrefois la seule préoccupation du psychiatre, n'est plus qu'une des nombreuses sections de son activité.

On a dit que la santé publique était l'une des premières préoccupations d'un gouvernement, et la santé comprend le bien-être mental aussi bien que physique. Les problèmes d'hygiène et de Maladies mentales se posent dès les premières années de l'enfance. Ils se posent encore à l'école, où se décèlent souvent les cas de développement mental tardif, et où les premiers symptômes des maladies mentales sont observés, alors qu'ils sont encore curables. Plus tard, dans l'industrie, la réussite ou l'échec peut dépendre de l'équilibre mental comme des aptitudes physiques. De plus, toutes les relations sociales et l'organisation de la communauté dépendent de la santé des individus. Enfin la médecine reconnaît aujourd'hui la grande importance de l'aspect mental de toutes les maladies, ainsi qu'en témoigne la fusion des matières jusqu'ici appelées "médecine générale" et "médecine psychologique", pour former ce qu'on appelle la médecine psychosomatique.

Le domaine des maladies mentales couvre une variété de situations qui peuvent être classées sous le titre général d'états psychopatiques. Ils se produisent à tous les âges, de la première enfance à la fin de la vie, et exigent diffé-

rents modèles d'installations pour le diagnostic et le traitement. Les principaux états psychopatiques sont les suivants:

1. Désordre mentaux—comprenant les formes bénignes et graves de névrose et de psychose;
2. Epilepsie;
3. Débilité mentale;
4. Alcoolisme et usage des stupéfiants;
5. Personnalité psychopatique.

Les mots "aliénation", "psychose", "maladie mentale" qui, à l'usage, désignent les mêmes choses, ont été appliqués à des état que le praticien, en règle générale, ne désire pas traiter, que les hôpitaux généraux ne veulent pas traiter non plus, bien que praticiens et hôpitaux acceptant de traiter toutes les autres maladies. D'un autre côté, les états dits "nerveux", la névrose, peuvent généralement être traités par le praticien et par l'hôpital général. Ainsi s'est maintenue une distinction regrettable, qui implique que le malade est fâcheusement affligé de maladie mentale. Il arrive, parmi les profanes et souvent parmi les professionnels, que la maladie est appelée psychose ou névrose d'après l'évidence ou la gravité apparente des symptômes. En fait, toutefois, il s'agit d'un seul domaine, et la séparation est artificielle. Le médecin de famille et le fonctionnaire de l'hygiène doivent être prêts à examiner tous les aspects de la santé, physique et mentale.

Le nombre de personnes demandant des soins de psychiatrie s'accroît rapidement, plus rapidement, semble-t-il, que la population. Ceci ne veut pas dire que la fréquence des maladies mentales augmente. Mais on reconnaît plus souvent les cas bénins, autrefois négligés, et l'on recourt plutôt au médecin; de même, les médecins admettent qu'un grand nombre des cas qui leur sont soumis dépendent de l'état mental de leurs malades. Les médecins pratiquants estiment qu'une proportion de 20 à 70 p. 100 de leurs malades présentent des troubles relevant de la psychiatrie ou de l'hygiène mentale, et qui, provoquant ou aggravant le malaise, doivent entrer en ligne de compte dans le traitement. Il doit être juste de dire que 50 p. 100 des malades qui consultent les médecins n'offrent pas exclusivement des cas de troubles physiques mais aussi des problèmes psychologiques.

2. PRÉVENTION

Il est évident, en premier lieu, que le conseiller médical de la famille, aujourd'hui ou dans l'avenir, doit connaître les aspects préventifs et curatifs des maladies mentales. Du côté préventif, il doit pouvoir appliquer les principes de l'hygiène mentale aux maladies et aux troubles de la première enfance et de l'enfance d'âge scolaire, ainsi qu'aux cas de fatigue, de froissements et d'insuffisance générale dans l'industrie. Il doit reconnaître l'aspect psychologique des difficultés de foyer et de famille, et la psychopathologie du mariage. Du côté traitement, il doit pouvoir appliquer les mesures nécessitées par tous ces cas.

Particulièrement graves sont les nombreux problèmes de l'adolescence, où l'on recherche les conseils du médecin, et dans lesquels de bonnes mesures prises à temps peuvent empêcher des suites désastreuses. A la période de l'involution et dans la vieillesse, se présentent des questions de bien-être qui sont réellement des problèmes de psychiatrie, et doivent être abordées comme telles.

Il est évident qu'il n'est pas question d'hospitalisation dans la plupart des questions qui ont trait uniquement à l'hygiène mentale, à la stabilité de l'individu et de la collectivité et qui doivent être traités comme les autres morbidités. Ce sont des problèmes qui appartiennent au domaine sans cesse croissant de la médecine préventive dans son sens le plus large.

Au cours des dernières années, on s'est occupé plus attentivement de la gravité et de la portée de ces problèmes mais on manque de moyens pour les résoudre. Entre l'hôpital des maladies mentales, d'un côté, et l'hôpital général doté de ses cliniques publiques, de l'autre, il existe un vaste champ qui n'est pas exploré. En premier lieu, il faudrait un personnel expérimenté. Cette nécessité implique qu'il faudrait augmenter les cours des écoles médicales de manière à produire des licenciés en psychiatrie préventive autant qu'en médecine préventive générale; qu'il faudrait fournir aux médecins-praticiens les facilités voulues pour leur permettre de se former et d'acquérir de l'expérience dans ce domaine; que, dans les services connexes,—soins d'infirmières, prévoyance sociale, thérapie professionnelle, éducation—il faudrait mettre des cours uniformes d'hygiène mentale à la portée des étudiants et des diplômés.

Il est bon de mentionner ici que la psychiatrie est la première forme de médecine subventionnée. Les relations entre les institutions mentales et les hôpitaux généraux n'ont malheureusement jamais été très étroites, quoiqu'elles se soient améliorées ces dernières années. Cette attitude a, par le passé, contribué à creuser un fossé entre la psychiatrie et la médecine générale. Cette division a porté préjudice non seulement à la psychiatrie et à la médecine générale mais aussi au malade. Sans nul doute, elle est aussi largement la cause d'un certain ralentissement dans le domaine des recherches et de l'éducation psychiatriques. Heureusement, ces anciens obstacles érigés entre ces champs d'action intimement reliés s'effritent graduellement. Il faut cependant de toute nécessité, promouvoir vigoureusement les échanges de relations entre la psychiatrie et les autres sciences médicales. L'établissement récent d'une foule de nouveaux traitements semble indiquer que le mouvement progresse.

La mesure la plus importante en vue de l'intégration des sphères médicales a été l'établissement de services complets de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. On peut se demander si un hôpital a droit au titre de "général" s'il ne fournit pas un service de psychiatrie. On peut citer l'Hôpital Henry Ford à Détroit comme prototype d'un hôpital général qui depuis vingt ans maintient un service complet de psychiatrie. L'expérience a été couronnée de succès. Les malades sont admis sans formalités légales; les transferts de patients entre la salle de psychiatrie et les autres salles se font librement; les internes, les gardes et les médecins du personnel acquièrent de l'expérience en traitant les aspects physiques et psychologiques des maladies; ils se font une meilleure conception des deux et deviennent ainsi meilleurs médecins et meilleures gardes.

Comme on l'a dit, le plus important domaine de la médecine psychologique se trouve non pas à la maison de santé, mais dans le public. Cette importance provient non seulement du fait de la multiplicité des sujets mais aussi du fait que ce domaine offre les plus grandes chances de succès aux mesures préventives. C'est dans ce domaine que les cliniques ambulantes de maladies mentales jouent le plus grand rôle. Jusqu'ici ces cliniques procédaient des hôpitaux provinciaux. Cette attache n'est présentement qu'une question de facilité et ces cliniques devraient être plus intimement reliées au programme de santé collective. Elles pourraient aussi dépendre des centres d'hygiène publique des différents districts. Elles seraient ainsi affectées à des visites régulières des agglomérations avoisinantes et desserviraient des régions qui, prises dans leur ensemble, couvriraient toute la province. Ces cliniques se chargeraient des cas, soumis volontairement pour conseil et traitement, et les cas soumis par les parents, les instituteurs, les médecins, les agences sociales et les tribunaux. Elles peuvent aussi, au moyen de contacts personnels et de conférences, éduquer le public dans les matières d'hygiène mentale. Grâce à ce service, il deviendrait possible de garder au sein de la société, souvent à leurs propres frais au partiellement ainsi, un grand nombre de personnes qui autrement finiraient par tomber à la charge d'un hôpital provincial. L'établissement de ces cliniques exige nécessairement un personnel psychiatrique fortement augmenté, comprenant médecins, auxiliaires sociaux et psychologues.

Dans un service complet capable de prendre charge des éléments préventifs et curatifs des maladies mentales, le travail de prévention devrait largement passer aux mains des cliniques d'hygiène mentale précitées. Les hôpitaux et mentaux et généraux, pourvus de cliniques à demeure et publiques, auraient charge des cas passibles de traitements actifs. Les soins post-curatifs comprendraient non seulement l'observation régulière des malades libérés mais particulièrement un système beaucoup plus étendu de malades placés au dehors.

Dans le développement du personnel psychiatrique, il faudrait apporter une attention particulière dans le choix d'un personnel d'auxiliaires sociaux expérimentés. Ces auxiliaires sont indispensables dans toutes les sphères du système provincial—travail préventif des cliniques ambulantes, cliniques d'hôpitaux à demeure et publique, soins d'observation et soins postcuratifs et surveillance des patients placés dans les maisons privées. Relativement à ce travail préventif, il serait fort avantageux de maintenir dans les hôpitaux et les centres d'hygiène des personnels suffisants d'auxiliaires pour répondre aux appels fréquents provenant du public en quête d'assistance dans les problèmes psychiatriques qui ne peuvent pas être résolus par une des voies ordinaires. Jusqu'à présent, la plupart des travailleurs attachés aux diverses agences sociales manquent d'entraînement en psychiatrie, et cela à leur grand désavantage.

Dans le remaniement des services provinciaux de psychiatrie, la question des formalités légales commande une étude sérieuse. Les formalités légales qui accompagnent aujourd'hui le traitement à l'hôpital des cas relevant de la psychiatrie sont souvent pénibles pour les malades et leurs parents et portent préjudice aux intérêts du premier. Ces formalités ont contribué à la division entre la psychiatrie et la médecine générale et ont accentué le caractère soi-disant odieux attaché aux maladies mentales. Le malade psychiatrique est le seul qui soit assujetti à des procédures légales spéciales et individuelles pour être admis au traitement dans un hôpital. Cette anomalie est la conséquence de l'attitude antérieure de la société vis-à-vis des maladies mentales, attitude qui date du temps où les lois autorisant l'emprisonnement des personnes "aliénées et dont la liberté constituait un danger public" étaient édictées pour protéger la société sans aucun égard au bien-être essentiel de la personne malade. Ces dernières années, à mesure que l'attention se dirigeait graduellement vers la protection et le bien-être du malade, les lois subirent des modifications prévoyant la protection des intérêts personnels de ce dernier. En somme, cependant, la constatation explicite ou tacite que le sujet est inapte à rester en liberté, qu'il n'est pas sain d'esprit, et qu'il est en conséquence considéré comme irresponsable et susceptible d'être légalement privé de liberté, ouvre la porte aux formalités désagréables qui n'aident nullement à la portée du traitement.

Afin d'accélérer le mouvement progressif des méthodes de contrôle des maladies mentales, les projets futurs devraient prévoir d'amples facilités de recherches scientifiques appliquées aux causes et à la guérison de ces maladies. Dans ce but, il serait opportun d'établir des unités de recherches dans les centres où le matériel de clinique et les installations de laboratoire sont disponibles. Dans ces centres, chaque membre du personnel devrait avoir le temps et les occasions voulus d'étudier les problèmes spécifiques. L'organisation des services devrait laisser une part suffisante à l'étude soignée et à l'analyse des résultats obtenus à l'aide des diverses formes de traitement préventif ou curatif à l'ordre du jour.

3. Traitement

Le résumé qui suit contient un bref exposé des méthodes de traitement applicables à chacun des types d'état psychopathologique.

1. *Désordres mentaux*

Les névroses, souvent appelées conditions "nerveuses" sont des désordres mentaux. On les constate souvent chez les enfants et les adultes, mais la

plupart de ces cas peuvent être traités à domicile ou dans le cabinet du praticien. Si l'hospitalisation devient nécessaire, presque tous les cas peuvent aller dans les hôpitaux généraux et très peu d'entre eux sont du ressort de la maison de santé.

Les cas de psychose ou "d'insanité" composent le plus large groupe de ceux qui exigent l'hospitalisation. Durant les périodes du début, on peut prévenir les symptômes aigus et commencer la guérison au moyen de traitements intensifs à domicile, aux cliniques d'hygiène mentale ou dans les salles de psychiatrie d'un hôpital général. En cas de faillite, les commodités des hôpitaux mentaux devraient être mises à contribution. On estime qu'il faudrait au moins quatre lits par 1,000 âmes. Toute maison de santé devrait être conduite suivant les "standards minima" établis par l'*American Psychiatric Association* en 1925 et périodiquement approuvés depuis. (Voir Appendice 2.) Cette association possède un caractère international et les "standards minima" ont été dressés par un comité spécial nommés pour l'étude du problème, et auquel est adjoint un membre canadien. Ces standards, évidemment quelque peu modifiés en temps de guerre, prescrivent les conditions indispensables à la direction de toute maison de santé et au service efficace qui doit être donné à tout malade mental. Pour accommoder de 1,000 à 2,000 patients dans un hôpital convenablement construit et aménagé, il en coûte $2,500 à $3,500 par lit. Dans la plupart des cas, on pourrait agrandir les hôpitaux actuels à raison de $1,500 à $2,000 par lit. Le plan de "soins de famille" appliqué aux malades mentaux (à expliquer plus loin) pourrait obvier à ces mises de fonds initiales et ces dépenses d'entretien dans la mesure où ce plan pourrait s'appliquer à un nombre suffisant de sujets. Il faut aussi noter que les coûts d'entretien des malades hospitalisés varient d'une provinces à l'autre mais qu'il se maintient entre $7 et $8 par semaine. Cette estimation contraste assez avec les chiffres de $5.50 à $7 la semaine prévu par le plan de soins de famille qui comprend aussi le coût de surveillance et les dépenses fortuites.

2. *Epilepsie*

Les épileptiques constituent environ 250 à 400 cas par 100,000 âmes, mais la plupart d'entre eux se prêtent aux traitements à domicile ou au cabinet du praticien. Seuls, les cas les plus graves, y compris les non-coopérants, les dangereux et les désordonnés mentaux requièrent des services spéciaux d'hôpital, à raison de 25 lits par 100,000 âmes.

3. *Déficients mentaux*

On en compte environ 1,000 à 1,500 par 100,000 de population générale, mais seulement 100 à 150 par 100,000 doivent être dirigés vers des institutions spéciales pour fins d'instruction, de traitement et de soins. La grande majorité peut être traitée à la maison et confiée aux classes auxiliaires des écoles.

4. *Alcooliques et narcomanes*

Quoique ce groupe soit le moins nombreux des cas psychopathologiques, il présente un problème particulier de traitement. Actuellement, la plupart des provinces fournissent les soins et les traitements propres à ces malades dans les salles communes des maisons de santé quoique certains cas soient traités dans les hôpitaux généraux et d'autres dans les institutions pénales. A cause de l'étroite relation entre ces affections et les désordres mentaux, on recommande de leur consacrer une maison séparée, spécialement outillé et dotée de toutes les facilités de traitement. On suggère, en outre, que ces institutions soient dirigées par le gouvernement fédéral.

5. *Personnalités psychopathologiques*

Quoique nombre de personnes puissent avoir des particularités, des manies ou des excentricités individuelles, il en existe un grand nombre dont les personnalités sont si faibles, si réprimées ou si pathologiquement excentriques de naissance

ou au cours des premières années de leur vie que, sans être des déficients mentaux, elles ne parviennent jamais à s'adapter de façon satisfaisante à la vie ou à devenir des citoyens utiles. Plusieurs de ces personnes, tôt ou tard, tombent sous le coup de la loi et c'est ainsi qu'on les rencontre dans nos cours de justice ou dans nos institutions pénales. Aucune province, à l'heure actuelle, ne reconnaît officiellement ce groupe dans ses lois concernant les asiles d'aliénés, mais le fait qu'il existe justifie l'emploi de psychiatres et de psychologues dans nos tribunaux et nos institutions pénales pour faire le diognostic (pour le tribunal, à titre consultatif) et traiter les personnes qui commettent des crimes. D'autres genres d'état psycopathique peuvent, en tout ou en partie, être la cause de conduite antisociale, par exemple, la déficience mentale, l'épilepsie et d'autres psychoses qui sont autant de raisons favorisant pour la psychiatrie et la psychologie de meilleures installations que celles que nous possédons maintenant.

Installations pour le traitement spécial des troubles psychiatriques

(*a*) *Cliniques d'hygiène mentale.*—Il en a déjà été question lorsqu'on a parlé des mesures préventives. Il est nécessaire d'insister sur leur importance pour la consultation et le traitement, particulièrement, des cas moins graves ou pris au début. Se déplaçant de ville en ville et utilisant les installations des dispensaires des hôpitaux généraux, elles peuvent travailler d'une manière plus étroite avec les médecins, les hôpitaux, les écoles, les tribunaux et les organisations de bienfaisance. Pour la double fin de prévention et de traitement, une clinique, comprenant un psychiatre, un psychologue, un ou plusieurs auxiliaires de la prévoyance sociale et un personnel suffisant de préposés aux écritures peut desservir une population d'environ 200,000 âmes dans les centres urbains ou de 100,000 dans les districts ruraux.

(*b*) *Salles de psychiatrie dans les hôpitaux généraux*—Le fait de se rendre compte que les personnes qui souffrent de maladies mentales sont véritablement des malades qui ont besoin d'examens complets et de consultations afin d'établir le diagnostic et le traitement, nécessite l'établissement dans tous les hôpitaux généraux de cinquante lits ou plus, de salles convenablement aménagées (et d'au moins une ou plusieurs chambres bien aménagées dans les hôpitaux plus petits). Le temps à notre disposition ne nous permet pas de nous étendre davantage sur ce point très important, mais nous considérons qu'il est essentiel pour le soin des gens qui souffrent de maladie mentale grave ou bénigne. Ces salles ne seraient que pour les traitements de courte durée; les autres cas, ceux de longue durée, seraient hospitalisés dans les asiles d'aliénés.

(*c*) *Personnes âgées déficientes*—Le nombre réel des personnes âgées de plus de soixante ans augmente graduellement par rapport aux groupes d'âge moindre. Il y a des troubles qui se produisent plus fréquemment au déclin de la vie, tels que troubles d'alimentation, maladies de cœur, des artères et du cerveau. Comme ces personnes âgées constituent une proportion importante de la population, il est important qu'elles reçoivent l'attention médicale nécessaire à leur bien-être. Comme un parallèle aux hôpitaux pour enfants malades et à la spécialité des maladies des enfants en général, on recommande que des installations distinctes (dans les hôpitaux provinciaux ou autres) soient fournies pour le traitement des personnes âgées et le travail de recherches scientifiques sur leur état; ce domaine spécialisé de la pratique médicale est appelé aujourd'hui la "gériatrie". Présentement, les personnes âgées de plus de soixante ans représentent plus de 20 p. 100 des admissions dans les asiles d'aliénés, ce qui rend encore plus aigu le problème de l'encombrement (voir Appendice 4). On recommande donc que les hôpitaux pour personnes âgées disposent du personnel voulu et de l'installation nécessaire pour le soin des maladies communes au vieil âge, y compris les maladies mentales.

(*d*) *Soins familiaux pour les personnes souffrant de maladie mentale*—Le soin familial ou le système de mise en pension signifie que des malades désignés

par les hôpitaux sont placés dans des maisons approuvées, dans une localité d'accès facile à l'hôpital, où il est possible d'en prendre soin avec un minimum de surveillance et où ils peuvent mener une vie aussi active que possible. Les personnes qui tiennent ces maisons de pension ont reçu des instructions sur les soins à donner et les précautions à prendre. Les malades demeurent inscrits dans les registres de l'hôpital, et peuvent être renvoyés à cette institution, sans autre formalité, s'il est nécessaire. L'hôpital est chargé de leur soin et entretien jusqu'à ce qu'ils soient assez bien pour être licenciés de la manière ordinaire. La surveillance régulière peut être faite par la clinique d'hygiène mentale lorsqu'une telle clinique est attachée à l'hôpital, autrement l'hôpital devrait fournir un personnel médical et de prévoyance sociale suffisant pour prendre soin des malades ainsi en pension.

L'expérience a établi, en Californie, que ce système peut être répandu avec avantage. En prenant la maison de pension comme premier objectif du service de l'état, la Californie compte aujourd'hui dans les maisons de pension, plus de 21 p. 100 du nombre total des malades inscrits dans les registres d'asiles d'aliénés. Dans l'Ontario, de 3 à 4 p. 100 de tous les malades figurant dans les registres des hôpitaux, sont placés sous le régime des soins familiaux.

Le système de maison de pension sert trois fins: (*a*) il assure le meilleur genre de traitement pour un grand nombre de malades; (*b*) il soulage l'encombrement des hôpitaux; (*c*) il réduit la nécessité de nouvelles constructions.

(*d*) *Hospitalisation privée*—Ainsi que le suggèrent les recommandations fédérales relatives à l'assurance-maladie, tous ceux qui en ont besoin auront droit à l'hospitalisation gratuite pour maladie-mentale. Par conséquent, on recommande que les hôpitaux provinciaux aient les installations nécessaires et le personnel voulu pour administrer les soins et donner les traitements uniformes, laissant au sanatorium privé le champ libre pour fournir plus de douceurs aux malades qui désirent les payer, du moins pendant un certain temps, jusqu'à ce que le prognostic ait été déterminé. Dans les provinces où existent des hôpitaux privés, les autorités provinciales feraient bien, avec l'aide fédérale, de payer, pour l'entretien de chaque malade, une somme égale au coût, par tête, des soins et du traitement réguliers. Dans chaque province, la loi des sanatoriums privés devrait être modifiée pour protéger les intérêts de tous.

Considérations générales

Quand sera autorisée l'hospitalisation gratuite des cas de maladie mentale, il y aura vraisemblablement une augmentation des demandes dans ce sens. Les deux principaux groupes pour lesquels il faudra des installations additionnelles sont les personnes qui souffrent de déficience (adultes et enfants) et les personnes âgées souffrant de maladie mentale. L'augmentation prévue de ces demandes ne veut pas dire qu'il y aura une augmentation réelle du nombre des maladies (bien que cela puisse devenir un facteur pour le groupe des personnes âgées) mais bien que si le gouvernement doit donner des soins gratuits à tous ces malades, ceux qui sont actuellement soignés dans des familles privées ou à leurs propres frais, tiendront à être soulagés de ce soin et de cette dépense. Il est à remarquer que les asiles d'aliénés sont presque tous encombrés (de 10 à 35 p. 100) et le public peut fort bien ne pas tolérer un tel encombrement qui nuit (comme actuellement d'ailleurs) aux soins et au traitement efficaces (Appendices 1 et 3.)

4. COÛT DES SERVICES D'HYGIÈNE MENTALE

Le coût brut pour une province d'un malade interné dans une asile d'aliénés se chiffre à un peu plus de $7 par semaine et la plus grande partie de ce montant est absorbée par les salaires. Ce coût estimatif comprend les frais de clinique d'hygiène mentale et autres traitements spéciaux tels qu'ils sont organisés aujourd'hui. Au 31 décembre 1940, il y avait dans tout le pays 44,163 patients hospitalisés dans les asiles d'aliénés et la dépense annuelle pour leur

entretien, atteignait environ $20,000,000. La question en peu, en ce qui concerne le projet de loi d'assurance-maladie, consiste à savoir quelle proportion de la somme brute dépensée par les provinces sera recouvrable du gouvernement fédéral en vertu de ce projet. On a mentionné un neuvième, mais selon l'opinion générale des autorités administratives des provinces, cette proportion est trop faible et devrait être portée à un quart. La proportion que l'on finira par adopter devrait s'appliquer à la moyenne du coût brut quotidien, per capita, de l'entretien du malade.

Les points suivants militent en faveur de cette opinion:

1. Dans certaines provinces où un nombre considérable de malades contribuent à leur propre entretien, le montant ainsi perdu, si tous les patients étaient traités gratuitement, serait supérieur au neuvième du coût brut de l'entretien de tous les patients (voir Appendice 4). Dans certains cas, les recettes provenant des malades ont représenté plus du tiers de la dépense brute.

2. Dans les provinces où il n'a pas été possible d'obtenir des malades qu'une faible proportion de la dépense, cela a été dû à des conditions exceptionnelles, la crise agricole, par exemple, et ne doit pas être considéré comme une condition normale dans tout le pays.

3. S'il doit y avoir une expansion des services d'hygiène mentale de la manière décrite dans la première partie du rapport, par l'agrantissement des services d'hygiène mentale préventive et la dépense de capitaux pour l'ouverture de nouvelles salles ou la construction de nouveaux immeubles, l'aide du gouvernement fédéral sera nécessaire, et un chiffre aussi bas que le neuvième de la dépense provinciale ne suffirait pas.

4. L'assurance-maladie augmentera vraisemblablement la demande pour un plus grand nombre d'hôpitaux, surtout de la part de ceux qui paient pour le soin des malades non hospitalisés. Cela signifie qu'il y aura de fait une augmentation dans la proportion des malades payants dans les hôpitaux, et dont il n'en est pas tenu compte dans le chiffre estimatif d'un neuvième.

5. Récapitulation

Les recommandations faites dans ce mémoire sont résumées dans le projet suivant pour un service complet d'hygiène mentale.

(*a*) Service de dispensaire de psychiatrie pour les enfants et les adultes, dans les hôpitaux généraux.
(*b*) Salles de psychiatrie pour les enfants et les adultes hospitalisés, dans les hôpitaux généraux.
(*c*) Cliniques d'hygiène mentale ambulantes et/ou stationnaires.
(*d*) Asiles d'aliénés pour les cas de longue durée, lesquels devraient comprendre les organismes suivants:
1. Etablissement centrale pour les aliénés tuberculeux;
2. Etablissement central pour les cas de neurasyphilis et de post-syphilis;
3. Etablissement central pour les cas de vieillesse et de sénilité;
Ces établissements peuvent être centralisés dans les asiles déjà établis.
4. Colonie agricole ou centre industriel pour les cas de longue durée qui ne requièrent pas de traitement actif;
5. Hôpital ou salle distincte pour les cas de convulsion;
6. Ecole de formation pour les déficients—de tout âge—institutions distinctes (dans les grandes provinces) ou pavillons dans les institutions déjà établies (dans les petites provinces).
(*e*) Institution distincte pour les alcooliques et les narcomanes;
(*f*) Plus grand nombre de maisons de pension pour tous les services;

(*g*) Service de prévoyance sociale pour la poursuite des cas, la prophylaxie, le placement, etc.;
(*h*) Thérapie professionnelle étendue à tous les services;
(*i*) Sanatoriums privés pour ceux qui désirent y être hospitalisés;
(*j*) Cours pour les étudiants en médecine, les médecins diplômés, les gardes-malades non diplômées et diplômées, les auxiliaires de la prévoyance sociale, les thérapeutes professionnels, dans les écoles de médecine et les hôpitaux affiliés, et aussi pour les instituteurs et ceux qui s'occupent de la formation des enfants.
(*k*) Recherches en psychiatrie.

Monsieur le président, je suggérerais que le docteur Vézina soit le témoin suivant, vu que dans sa province, il y a des problèmes qui ne sont pas les mêmes qu'ailleurs au Canada, et si, après son bref exposé, vous désirez poser des questions, les médecins qui sont présents se feront un plaisir de répondre.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur McGhie. Docteur Vézina, voulez-vous approcher?

Le docteur L.-R. VÉZINA est appelé.

Le PRÉSIDENT: Vous avez la parole, docteur Vézina.

Le TÉMOIN:

(Texte)

SÉCURITÉ SOCIALE

Résumé français d'un mémoire concernant le problème des maladies mentales en rapport avec le projet d'assurance-maladie.

Plan du mémoire

1. Introduction
2. Prévention
3. Traitement
4. Coût.
5. Suggestions
6. Appendice

1. *Introduction*

Le problème des maladies mentales est de beaucoup le plus important de tous les problèmes hospitaliers, tant au Canada qu'à l'étranger. De fait, dans notre pays, sur 100 lits d'hôpital, 33 sont occupés par les malades hospitalisés et traités pour troubles mentaux.

Lorsque l'on considère le coût de l'hospitalisation, l'on réalise aussitôt la nécessité d'explorer à fond la question des maladies et déficiences mentales, ne serait-ce que dans le seul but d'abaisser ce coût dans des proportions matériellement possibles.

Les progrès de la science nous amènent aujourd'hui à considérer l'individu, non seulement en fonction de son état physique et de son degré d'instruction, mais encore en fonction de son comportement psychique et mental.

Ainsi, quels que soient la santé physique et le degré d'instruction d'un individu, son équilibre mental le place soit à l'actif, soit au passif du bilan de la société.

La différence entre l'un et l'autre se résume en une question d'adaptation au milieu social. L'individu naît avec un potentiel "X" fourni par les procréateurs.

Il faut que la société dans laquelle il va évoluer tienne compte de ces possibilités comme aussi de ses déficiences si l'on veut que le sujet donne son maximum

de rendement avec le minimum d'usure. En d'autres termes, tout comme la santé physique doit être protégée et améliorée, de même la santé mentale doit être favorisée avec une attention particulière.

Enfin, l'opinion générale des spécialistes en la matière est unanime à rejeter le mot aliéné pour lui substituer le terme plus juste de malade mental. Et ceci au plus grand avantage du malade lui-même et de ses parents, proches ou éloignés.

2. *Prévention*

Le programme élaboré pour prévenir et diminuer le nombre des cas des maladies mentales est exposé de façon très complète dans le rapport anglais qui d'ailleurs sera probablement traduit avec tous ses détails. Il s'appuie d'abord sur l'entier concours du médecin de famille et se complète par l'utilisation de cliniques mentales, tout comme la santé physique a été considérablement améliorée par la bienveillante collaboration de la profession médicale associée aux diverses cliniques qui sont mises en opération par les bureaux de santé, provinciaux et municipaux.

Si l'on ajoute à ceci les travailleurs sociaux (*social workers*) bien qualifiés et une organisation qui favorise la recherche scientifique, l'on est assurer de posséder tout l'outillage voulu pour le travail difficile que nous devons accomplir.

3. *Traitement*

Les techniciens recommandent que les malades soient, autant que faire se peut, traités à domicile ou dans les hôpitaux généraux. L'internement proprement dit s'imposera devant un cas d'insuccès de ces deux méthodes.

L'on croit que l'hospitalisation dans les hôpitaux spécialisés exige un minimum de 4 lits par 100,000 de population. Il faudrait ajouter un lit et demi si l'on tient compte des arriérés mentaux et des types plus prononcés de déficience mentale.

Ces hôpitaux spécialisés devront se conformer aux normes établies par l'*American Psychiatrics Association,* organisation internationale dont l'autorité en la matière est reconnue.

Les alcooliques et les narcomanes seraient traités dans une institution distincte sous le contrôle du gouvernement fédéral.

Les personnes âgées souffrant de troubles mentaux seraient traitées dans des hospices affiliés aux hôpitaux spécialisés.

L'on recommande enfin qu'un plus grand nombre de malades soient placés dans des pensions privées approuvées par l'autorité compétente et ceci pour diminuer les dépenses de capital.

En Californie, par exemple, 21 p. 100 des malades inscrits dans les hôpitaux pour maladies mentales sont gardés dans des familles privées où ils mènent une vie plus active et plus normale.

4. *Le coût d'hospitalisation*

L'on dépense actuellement tous près de $20,000,000 par an au Canada, pour l'entretien des malades mentaux sans tenir compte du capital investi dans les institutions. Si l'hospitalisation gratuite est offerte à tous, les techniciens sont d'opinion que le gouvernement fédéral devra rembourser aux provinces le quart du coût moyen d'hospitalisation par jour-patient.

5. *Résumé*

Des techniciens de presque toutes les provinces ont étudié ensemble cette question au cours de diverses réunions. Ils approuvent le plan suggéré pour couvrir au complet le problème des maladies mentales.

La mise en opération d'un tel plan par les différentes provinces, en collaboration avec le gouvernement fédéral, comportera certains réajustement à être effectués suivant les conditions particulières à chaque province.

(*Traduction*)

Le PRÉSIDENT: Merci beaucoup, docteur Vézina.

M. Lalonde:

D. Avant que le docteur Vézina se retire, j'aimerais lui poser une ou deux questions. A ce que je comprends, docteur Vézina, vous avez dit que trente-trois lits d'hôpital sur cent, au Canada, sont occupés par des cas de maladies mentales? C'est une statistique fédérale?—R. Une statistique fédérale.

D. Elle ne s'applique pas seulement à la province de Québec?—R. Non, ce sont les chiffres du pays tout entier. La province de Québec y est comprise comme toutes les autres.

D. Ensuite, je voudrais savoir quelles formalités légales il faut remplir pour faire admettre dans un hôpital de la province de Québec des sujets atteints de maladies mentales? Y a-t-il des formalités légales à observer?—R. Non, il n'y a pas de formalités légales obligatoires, mais il existe des règlements provinciaux concernant l'admission aux asiles d'aliénés.

D. Je vous pose cette question parce que l'autre témoin a dit, si ma mémoire ne me trompe pas, qu'il y a certaines formalités légales à remplir.—R. Dans certains cas, mais pas dans les cas ordinaires.

D. Dans la province de Québec, y a-t-il des formalités légales à remplir?—R. Il n'y a pas de formalités légales, mais quand le sujet est accepté, la loi le prend sous sa protection et il perd sa liberté.

D. Voici ma dernière question: existe-t-il dans la province de Québec des institutions privées s'occupant du soin des aliénées?—R. Je pense qu'il y a deux institutions privées s'occupant des maladies nerveuses.

D. Pouvez-vous les nommer?—R. Le sanatorium Prévost à Montréal et le sanatorium Mastaï à Québec.

D. Tous les autres asiles d'aliénés relèvent du pouvoir provincial?—R. Oui.

L'hon. M. MACKENZIE: J'aimerais poser deux ou trois questions au docteur McGhie. Vous avez dit qu'il existe quatre lits d'hôpitaux par millier d'âmes de population, et aussi qu'au 31 décembre 1940 nous avions 44,163 aliénés dans les asiles?

Le Dr McGHIE: Oui.

L'hon. M. MACKENZIE: Combien de lits avons-nous maintenant dans l'ensemble du pays?

Le Dr McGHIE: Je pense que le mémoire l'indique. L'appendice, monsieur le président, donne aussi le chiffre de 33 lits par cent âmes. J'ajouterai, monsieur le ministre, que la proportion de quatre lits par mille âmes ne s'applique qu'aux cas de maladies mentales. En comptant les cas d'épilepsie et de débilité mentale, il faut 5 lits, ou 5.5, par millier d'âmes de population. On voit à la page 19 qu'au 31 décembre 1940 nous avions 39,441 lits, d'après les statistiques fédérales, et que le nombre des malades s'élevait à 44,163; nos hôpitaux sont donc remplis à 110 p. 100. Nous avons des patients qui dorment sur de simples matelas, sur des canapés, et dans des corridors et des saloriums non destinés à les recevoir. Voilà ce qu'est la situation.

L'hon. M. MACKENZIE: On peut donc dire qu'il vous faut actuellement beaucoup plus de lits?

Le Dr McGHIE: Je pense que le chiffre donné ici est 17,000; 17,000 lits manquent, au Canada, pour faire face à la situation.

L'hon. M. MACKENZIE: Mon autre question porte sur les cliniques mentales ambulantes. Jusqu'à quel point les utilise-t-on?

Le Dr McGHIE: Dans cette province-là—je ne puis donner de détails sur les autres provinces—nous desservions environ 100 villes au début de la guerre, mais nous avons alors perdu une bonne partie de notre personnel, qui s'est engagé dans l'armée. Une de ces cliniques a Brockville comme base d'opérations et passe l'après-midi du lundi et la journée du mardi à l'Hôpital civique et aux autres hôpitaux généraux d'Ottawa. Nous desservons environ 100 villes de la province et nous avons fait l'examen de 20 à 30,000 personnes depuis huit ans que ce service existe. L'Alberta a depuis quelque temps sa clinique ambulante, ainsi que, plus récemment, la Nouvelle-Ecosse; le fardeau financier en est porté par l'ensemble de la province, mais il est difficile de trouver le personnel expert dont on a besoin.

M. HOWDEN: Je pense que je devine le mobile pour lequel M. Lalonde a interrogé le témoin au sujet des formalités légales à observer pour placer un malade à l'asile. Etudions la question d'une manière pratique. J'ai souvent répondu à des appels, chez moi, où il s'agissait de maladies mentales. Au Manitoba, nous avons un asile à Selkirk, ainsi qu'une division psychologique à l'hôpital général de Winnipeg. Tous deux sont remplis à déborder; la seule manière d'y faire admettre de nouveaux cas, qui sont parfois des cas de folie furieuse, c'est de passer par le poste de police, faire mettre le malade en prison, puis le faire transférer à l'asile. J'ai souvent dû moi-même, comme médecin, et afin de ménager les sentiments de la famille, faire émettre sous serment un mandat d'arrestation contre le malade, afin de le faire admettre à l'asile. Ce n'est pas la faute de l'asile; ces institutions sont remplies à déborder et ne veulent accepter personne, évidemment; le seul recours est de passer par le poste de police local et de faire émettre, sous serment, un mandat d'arrestation pour folie contre le malade; il est alors conduit à la prison, puis, après deux ou trois jours, il est placé dans une institution. Je pense que c'est cela qui intéressait M. Lalonde.

Le PRÉSIDENT: D'autres questions?

M. SHAW: Monsieur le président, on a parlé de centres de recherches scientifiques, et de la nécessité d'en fonder en vertu du plan. Pourrait-on me donner d'autres renseignements au sujet du nombre et de l'emplacement des centres de recherches scientifiques s'occupant des maladies mentales?

Le Dr McGHIE: Je demanderais au docteur C. B. Farrar, professeur de psychiatrie à Toronto, où existe un centre de ce genre, de bien vouloir répondre à cette question.

Le Dr FARRAR: Je ne puis parler que de l'expérience acquise dans ce seul centre de recherches, qui a été établi il y a cinq ans. On y réserva un étage de l'hôpital, contenant vingt lits. Il est desservi comme une section ordinaire de l'hôpital, mais les malades n'y sont pas admis comme des cas à traiter, c'est-à-dire pas comme des cas ordinaires. L'admission y est réservée aux malades qui offrent un intérêt particulier au point de vue des recherches scientifiques. Dans ce service, le traitement cède le pas à l'observation. Dans un centre aussi limité, il est nécessaire de réduire nos problèmes. Jusqu'ici, nous avons travaillé surtout sur des cas de désordre mental d'adolescence, appelés communément schizophrénie, et nous étudions en particulier la biochimie de ce désordre. Nous faisons des études sur le sang et les diverses humeurs, sur les réactions électriques du cerveau, etc., et nous commençons à obtenir des résultats qui pourront, je crois, servir à préciser les caractères de cette maladie particulière, ainsi que son traitement, bien que ces travaux de recherche soient en vérité des travaux de longue haleine et exigent des années d'études.

M. SHAW: Pouvez-vous nous renseigner sur le nombre de centres semblables qui existent au Canada?

Le Dr McGhie: Monsieur le président, je crois pouvoir dire, d'une manière générale, que les meilleurs endroits où établir ces centres de recherches sont les universités où existent des facultés de médecine, et même les écoles sans faculté de médecine, car il y a toujours, dans un groupe nombreux d'étudiants, des personnes qui s'intéresseront aux problèmes de la personnalité; les recherches à faire profiteront de leur présence. Dans les facultés de médecine, on dispose des laboratoires existants. Au Manitoba et dans certains autres centres, bien que l'on s'efforce d'étudier à part quelques-uns de ces problèmes, il n'y a pas de personnel qui s'y spécialise, ce travail fait partie de l'ensemble de la tâche et l'alourdit encore. C'est l'un des problèmes que nous devons résoudre. Nous voulons connaître de nouvelles données scientifiques; la seule manière de les trouver, c'est de faire des recherches. Il me semble que les universités sont les endroits appropriés où commencer ce travail.

M. Fulford: Monsieur le président, j'aimerais poser une question au docteur McGhie. Nous savons qu'il est possible de guérir certaines maladies mentales. Quelle proportion du nombre des aliénés hospitalisés est guérie et quitte l'asile, ou du moins, même sans être guérie, peut rentrer dans la société?

Le Dr McGhie: Je demanderais au docteur Stevenson, surintendant d'hôpital autrefois à Whitby et maintenant à London, de nous renseigner sur la proportion des libérés.

Le Dr Stevenson: La proportion moyenne des libérés, dans les asiles d'aliénés de l'Ontario, est de 60 à 65 p. 100 des admissions. Cela ne veut pas dire que tous ces malades sortent guéris, mais que la grande majorité d'entre eux peuvent aller vivre à la maison. Plusieurs reprennent un emploi. Environ le tiers des malades libérés reviennent tôt ou tard à l'asile pour y être soignés de nouveau.

M. McCann: Monsieur le président, je voudrais poser deux ou trois questions au docteur McGhie. Il a dit qu'il en coûtait $20,000,000 par année pour les soins donnés aux aliénés. Cela comprend-il les sommes payées par les malades ou leurs familles? Ma seconde question concerne...

Le président: Une seule question à la fois, s'il vous plaît.

Le Dr McGhie: C'est le coût total. Je ne me trompe pas?

L'hon. M. Mackenzie: Le coût total annuel.

Le Dr McGhie: On trouvera cela dans l'un des tableaux de l'appendice.

M. McCann: Et les sommes payées par les malades comptent à peu près pour le tiers?

Le Dr McGhie: Dans notre province, nous comptons comme payés par les malades tous les revenus qui viennent du personnel, qui sont payés par le personnel, ainsi que l'argent payé par les malades qui peuvent payer. Notre travail nous coûte parfois $5,000,000 et nous recevons, des malades qui payent et d'autres sources, $1,300,000; je ne parle que de l'Ontario.

M. McCann: Vous avez dit que 3 ou 4 p. 100 des hospitalisés sont placés à l'extérieur. Comment les résultats obtenus chez ces malades se comparent-ils aux résultats obtenus dans les institutions et aux résultats de plus de 20 p. 100 de cures que vous dites avoir été obtenus en Californie? Quel est le nombre d'hospitalisés des institutions qui sont placés à l'extérieur? Les conditions de climat ont-elles une influence quelconque? Je veux dire qu'en Californie, le climat étant ce qu'il est, les patients sortent beaucoup plus souvent au grand air et ne nuisent pas tant aux personnes chez qui ils pensionnent; ici, il faut les garder à l'intérieur durant cinq ou six mois, chaque année.

Le Dr McGhie: Je puis parler surtout de ce qui se fait en Ontario. Pour ce qui est de la Californie, je pense que le commissaire des asiles d'aliénés a

décidé de trouver le pourcentage maximum de patients qu'il lui était possible de placer à l'extérieur. Je pense que le climat y est pour quelque chose en ce qu'il est plus facile de surveiller les malades en Californie que sur nos routes d'hiver. En Ontario, les 3 ou 4 p. 100 dont il s'agit sont des malades choisis, rendus à une phase de leur maladie où il n'est pas encore temps de les renvoyer à la maison parce que la situation ne leur y convient pas encore; c'est pourquoi nous les plaçons chez des étrangers. Un certain nombre de ces malades sont revenus à l'asile, mais d'ordinaire ils sont plus heureux à l'extérieur. Ils nous coûtent moins cher qu'à l'hôpital et guérissent mieux; jusqu'à un certain point. Mais leur meilleur taux de guérison provient surtout de ce qu'ils sont un groupe choisi.

M. McCann: Les malades plus âgés, les malades du type sénile, hospitalisés en vertu de la Loi des pensions de vieillesse, renoncent-ils à leur pension en faveur de l'institution qui les reçoit?

Le Dr McGhie: Je puis dire encore une fois que certaines institutions—il y en a une en Colombie-Britannique où l'on affecte un édifice spécial, sur la propriété de l'hôpital d'Essondale, à ces vieillards, qui ne sont pas traités comme des aliénés, malgré les symptômes qu'ils présentent. Il n'y a pas d'institution de ce genre en Ontario; lorsqu'un vieillard est interné dans une maison de santé, il ne touche plus sa pension de vieillesse et ne la reçoit que du jour où les autorités de l'asile lui permettent de sortir.

M. McCann: Il est alors réintégré?

Le Dr McGhie: Oui, c'est exact.

M. McCann: J'aimerais poser une question au sujet des internés d'institutions soignés pour alinénation mentale résultant de neuro-syphilis: combien de personnes dans tout le pays souffrent de cela? N'est-il pas exact que si nous pouvions supprimer la syphilis, à la fois par l'éducation, par des mesures de prévention et par des traitements, le problème des neuro-syyphilitiques se résoudrait de lui-même en peu d'années?

Le Dr McGhie: Je pense qu'il est important d'appliquer à ces personnes, comme dans tous les cas de psychiatrie, des mesures de prévention; cela est particulièrement vrai dans le cas d'un traitement spécifique comme celui de la syphilis. Le pourcentage n'est pas aussi fort qu'on s'y attendrait à cause du traitement donné—je ne pense pas qu'il atteigne 5 p. 100 du total; mais sur 45,000 cela fait encore un nombre considérable; grâce aux meilleurs traitements qui sont donnés, ce pourcentage a diminué de beaucoup depuis vingt-cinq ans. Nous pourrons, comme vous le dites, n'avoir plus à interner personne pour cette maladie, si nous pouvons soigner la maladie dès ses premières phases.

M. MacInnis: J'aimerais demander au docteur McGhie s'il existe des statistiques concernant les causes d'aliénations mentales, et s'il y a des statistiques au sujet du pourcentage de cas d'aliénation imputables à l'état de santé mentale des parents?

Le Dr McGhie: Je demanderais au docteur Cathcart de répondre.

Le Dr Cathcart: Il est très difficile de répondre à cette question. Nous ne pouvons évidemment ignorer les effets de l'hérédité en ce qui touche aux maladies mentales, mais nos recherches récentes ont négligé quelque peu cette question, parce qu'il nous est difficile, pour l'instant, d'y remédier, et surtout parce que nous avons trouvé dans une autre direction un champ d'exploration plus riche. Pour illustrer l'une des choses dont je parle, je puis mentionner un ensemble de renseignements qui me viennent, par hasard, de ma propre province. Nous n'avons pas encore eu de cas de psychose chez nos aviateurs d'outre-mer. Ces hommes-là, pourtant, vivent près du front de bataille; cela ne fait aucun doute; et malgré tout il n'y a pas encore eu de cas de psychose parmi eux.

Arrêtons-nous à l'analyse de ce fait. Beaucoup de ces aviateurs, certainement, ont une hérédité assez pauvre—pas autant, toutefois, que dans les autres armes—mais il me vient certaines explications à l'esprit. Je puis dire qu'il m'en est venu immédiatement quatre à l'esprit: ces jeunes gens, avant de s'engager, ont eu une bataille à livrer contre eux-mêmes, et leur psychologie s'en est affermie. L'aviation est un jeu dangereux; ils le savent, et ils savent que les risques se présentent après trois ou quatre mois seulement. Ils ne prennent pas leur décision du jour au lendemain. Il leur faut livrer une petite bataille contre leurs parents, car ceux-ci, bien que fiers de cette décision de leurs fils, en ressentent de l'inquiétude; les jeunes gens doivent donc mettre les choses au point entre eux et leurs parents. Il y a ensuite la question des études antérieures qui sont exigées, ou du moins qui l'étaient encore il y a huit ou neuf mois; ces hommes ont tous passé des examens scolaires: l'examen de sortie de l'école primaire et l'immatriculation junior. Je parle des examens parce qu'après enquête dans l'histoire de plusieurs de mes clients ordinaires; je constate que pour une raison quelconque ils ne s'y sont pas présentés lorsqu'ils auraient dû le faire. Ils ne sont pas allés jusqu'au bout de cet effort. D'autres, évidemment, n'étudient pas jusqu'à l'année des examens. Il y a un riche champ d'étude dans le groupe de ceux qui ont abandonné leurs cours durant les années intermédiaires. Je ne crois pas que l'on comprennent suffisamment la grande importance qu'il faut attacher à la formation scolaire de l'enfance. Je suis porté à y attribuer une très grande valeur, beaucoup plus grande qu'on y penserait habituellement en cherchant les causes des maladies mentales ou de difficultés comme celles-là dans le cours ultérieur de la vie. Un si grand nombre des problèmes de psychiatrie de l'âge adulte sont ce que nous appelons des situations... Ils proviennent d'obstacles existant dans le milieu immédiat, mais d'obstacles auxquels, en quelque sorte, les sujets ont été rendus sensibles durant leur enfance et qu'ils auraient pu apprendre à vaincre s'ils avaient été mieux formés dans leur sensibilité et leur intelligence. Je considère donc ce champ d'étude comme très important. Je crois que l'on peut faire beaucoup, à l'école, pour prévenir ces maladie, en enseignant l'hygiène mentale, car les enfants sont plus faciles à observer que les adultes, et il est probablement plus facile de les former.

Le PRÉSIDENT: Docteur McGhie, nous vous remercions vivement, vous et vos collègues, d'avoir bien voulu venir rendre témoignage ici ce matin.

M. KINLEY: Puis-je poser une question, monsieur le président? Jusqu'à quel point les municipalités sont-elles encore principalement responsables du soin des aliénés au Canada?

Le Dr MCGHIE: Je crains de ne pouvoir répondre en détail à cette question. Je sais que dans les trois provinces Maritimes, il y a des personnes qui sont chargées d'étudier cette question et qui sont en train de discuter ces problèmes. Je sais qu'en Nouvelle-Ecosse il y a dans les asiles de comté certains cas de maladies mentales et certains autres approchant l'alinénation mentale et qu'on envoie dans les asiles provinciaux, les cas de folie grave tandis qu'on se sert des asiles de comté ou des asiles municipaux pour les malades moins dangereux. A part cela, je crois qu'en général on envoie les cas sérieux dans les asiles d'aliénés et que, dans ces provinces, on soigne également dans les asiles de comté les cas de folie chronique et sans symptômes trop graves, de manière à réserver les asiles pour les cas plus graves.

M. KINLEY: Vous parlez de ceux qu'on considère atteints de folie peu dangereuse; on les envoie aux asiles provinciaux, mais c'est la municipalité qui doit payer les frais, quoiqu'elle ne paie probablement pas assez pour l'entretien des asiles; mais la municipalité est débitée des frais.

Le Dr MCGHIE: Cela revient à environ 10 cents par jour par malade et le montant est pris sur la taxe des chemins de fer de la province.

Le Dr GRÉGOIRE: Dans le Québec, les municipalités doivent contribuer pour la moitié des frais d'asile et la province paie l'autre moitié.

M. HOWDEN: Pas seulement pour les aliénés mais pour tous les malades.

Le PRÉSIDENT: Docteur McGhie, serez-vous libre plus tard si le Comité a besoin de vous?

Le Dr MCGHIE: Oui, monsieur le président.

Le PRÉSIDENT: Au nom du Comité je vous remercie, vous et vos collègues, d'avoir bien voulu venir ici aujourd'hui. Nous vous sommes très reconnaissants. Maintenant, messieurs, nous avons ici des représentants du Congrès des métiers et du travail du Canada, et je vais demander à M. P. R. Bengough de s'approcher.

M. P. R. BENGOUGH, représentant le Congrès des métiers et du travail du Canada, est appelé.

Le président:

D. Monsieur Bengough, vous êtes le président ou le président suppléant du Congrès des métiers et du travail du Canada et vous êtes accompagné de M. J. A. Sullivan, vice-président, et de M. Arthur Henning, secrétaire?—R. Oui.

D. Voulez-vous commencer, monsieur Bengough?—R. Monsieur le président et messieurs les membres du Comité, le conseil exécutif du Congrès des métiers et du travail du Canada a étudié le projet de loi sur l'assurance-maladie incorporé dans les propositions ministérielles en vue d'établir un plan contributoire d'assurance-maladie nationale, santé publique, conservation de la santé, prévention des maladies et autres questions connexes.

Le Congrès des métiers et du travail du Canada, au nom duquel nous comparaissons devant vous, est un organisme représentant cinquante-huit syndicats internationaux avec 1,518 syndicats locaux au Canada; dix syndicats nationaux avec 164 syndicats locaux; trois fédérations provinciales du travail; quarante et un conseils des métiers et du travail situés dans différentes villes du Dominion; 124 syndicats fédéraux avec charte et affiliés; en tout, 1,849 syndicats locaux et 264,375 membres. Ce Congrès des métiers et du travail du Canada a été organisé à Toronto le 26 décembre 1883 et depuis près de soixante ans il cherche à obtenir des lois avantageuses aux travailleurs; depuis vingt-cinq ans il préconise constamment l'adoption d'un système national d'assurance-maladie.

Comme je viens de le dire, nous avons demandé un plan national. Nos raisons pour cette requête sont conformes à notre désir général d'avoir une législation uniforme dans tout le Canada. Le besoin d'uniformité est encore plus grand dans le cas d'un plan d'assurance-maladie destinée à améliorer la santé publique. Il est bien évident que si certaines provinces adoptaient des plans d'assurance-maladie tandis que les autres n'en faisaient rien, les mouvements de population d'une province à l'autre risqueraient de faire baisser le niveau de santé des autres provinces.

En tant que Canadiens, nous désirons que tous les citoyens du Canada jouissent des meilleurs avantages possibles au point de vue de la santé. Nous savons que le gouvernement du Dominion est en train d'étudier la question, mais étant donné que les gouvernements provinciaux hésitent à abandonner leurs droits de juridiction dans certaines sphères d'activité qui sont reconnues leur appartenir en propre, le gouvernement du Dominion a choisi l'alternative d'accorder son aide aux provinces pour l'adoption d'un plan d'assurance-maladie pourvu que les provinces se conforment à certains standards. En vue de cette décision, nous approuvons les principes incorporés dans le projet de loi ayant pour but d'accorder des subsides fédéraux aux provinces pour l'assurance-maladie.

Avant d'abandonner le sujet, nous désirons faire remarquer, toutefois, que du moment que l'assurance-chômage est en vigueur, il est nécessaire d'établir un lien étroit entre les prestations d'assurance-chômage et de maladie. Nous sommes d'avis que tout plan d'assurance-maladie doit comprendre des prestations en espèces pour compenser le temps perdu pour cause de maladie et nous ne voyons pas de difficulté à inclure une disposition à cet effet dans le projet de loi.

Nous sommes complètement d'accord avec le principe de protection complète qui a été soumis. Les syndicats ouvriers sont entièrement en faveur de voir les soins médicaux à la disposition de tous les citoyens, hommes, femmes et enfants, dans la communauté, et approuvent les efforts du projet de loi à cet effet.

Nous approuvons les prestations de soins médicaux, dentaires, pharmaceutiques, d'hôpital et de gardes-malades comme elles ont été proposées, mais nous suggérons que le traitement ostéopathique soit ajouté.

En ce qui concerne l'article 16 sur le personnel du Conseil national de l'assurance-maladie, nous ne pouvons en aucune façon accepter la disposition donnant la prépondérance aux médecins et accordant une si grande place aux autres groupes professionnels. Cela mettra les travailleurs dans la minorité malgré le fait qu'ils représentent le groupe le plus nombreux de contributeurs, et comme c'est nous qui apportons une grosse partie des fonds, nous insistons décidément pour avoir dans l'administration et la disposition de ces fonds une part plus grande que celle qu'on propose de nous donner dans le conseil.

Les syndicats ouvriers ont, naturellement, toujours demandé à être représentés dans tous les conseils d'administration. Nous sommes naturellement disposés à concéder à la profession médicale le droit d'être représentée, mais nous ne pouvons en aucune façon lui accorder la majorité. A notre avis, ceux qui fournissent les fonds, à savoir, le gouvernement, les employeurs et les employés, doivent avoir la majorité des voix dans le conseil national.

Les travailleurs veulent être sûrs que la Loi sur l'assurance-maladie aura pour objet de fonctionner au profit des contributeurs et non entièrement dans l'intérêt de la profession médicale.

Deuxième annexe, article 4, dans le projet de Loi provincial sur l'assurance-maladie: A ce sujet, nous devons faire remarquer que l'avant-projet ne contient aucun renseignement sur le montant des cotisations que devront payer les employés, et qu'il nous est par conséqnent impossible de nous prononcer à cet égard, attendu que nous ne pouvons pas dire s'ils sont satisfaits ou non, sans savoir à combien s'élèvera le montant.

Nous désirons que le système de perception soit clairement établi de manière à savoir exactement ce que les employés des différentes catégories de salaire auront à payer pour eux-mêmes et pour leur famille. A combien s'élèvera la contribution des employeurs et celle des gouvernements provinciaux et du Dominion? L'avant-projet ne dit rien à ce sujet.

En outre, nous désirons connaître la répartition générale du coût. C'est-à-dire la proportion qui sera payée par les employés, celle des employeurs et celle du Dominion et des provinces et, de nouveau, il nous est impossible de formuler une opinion tant que nous n'avons pas ce renseignement.

Prestations hospitalières—l'alinéa (*i*) du paragraphe (1) de l'article 31 dit:

> "Que tout assuré qui reçoit des traitements comme susdit, sauf celui décrit à l'alinéa (*h*) du présent paragraphe, doit se soumettre à des observations cliniques faites par le personnel enseignant des écoles de médecine, etc."

Il nous est absolument impossible d'accepter cela. Un plan d'assurance-maladie sur une base contributoire n'oblige pas automatiquement celui qui reçoit des prestations à devenir un cochon d'Inde pour servir aux observations. C'est au malade à décider cela. A notre avis, une disposition de ce genre dans la

Loi indique une fausse conception de l'idée d'assurance-maladie et une manière maladroite d'aborder la question.

Paragraphe (2), article 35, Administration par la Commission: Le président de la Commission doit être un docteur en médecine. Ici, de nouveau, étant donné que le président de la Commission est le seul membre de la Commission qui donnera tout son temps à l'affaire, nous constatons un effort de placer l'administration complète de la Loi entre les mains de la profession médicale et nous ne pouvons pas accepter cela.

Le paragraphe (4) de l'article 35 indique comment seront choisis les autres membres de la commission provinciale et nous trouvons encore une fois que les contributeurs sont en minorité et que les représentants des professions sont beaucoup plus nombreux. Nous désirons que les travailleurs soient considérablement mieux représentés dans la commission.

Paragraphe (2) de l'article 40 sur la nomination aux postes exigeant des aptitudes professionnelles: Bien que de nombreuses divisions des syndicats ouvriers préconisent les avantages d'avoir seulement des ouvriers syndiqués dans une usine, nous sommes d'avis que l'article pousse les choses un peu trop loin et qu'il penche un peu trop du même côté eu égard à toutes les circonstances, parce qu'il n'existe aucune disposition analogue pour les consultations avec les représentants d'employés au sujet de l'embauchage de leurs membres en dehors de ceux appartenant aux professions indiquées.

La partie 3 de l'Annexe C exige le relevé détaillé de tous les biens personnels suivants: animaux de ferme, instruments agricoles, outils et matériel, navires, bateaux, filets, etc., meubles de maison, bibliothèque, mort-gages, obligations, actions et autres placements, espèces en mains et dépôt, montants à recevoir, valeur de rachat de polices d'assurance et tous autres biens personnels avec un état des sommes à payer. Franchement, nous ne voyons pas le besoin de tout cela. Si l'assurance-maladie est sur une base contributoire, nous estimons que le contributeur a le droit de recevoir les prestations sans aucune enquête de ce genre.

Nous sommes obligés de conclure que le projet de loi provincial est en réalité un accord d'atelier fermé entre les gouvernements et l'association des médecins non seulement en ce qui concerne les emplois et les salaires à débattre entre eux, mais complète autonomie dans l'embauchage et la mise à la porte des employés, y compris l'administration et tout ce que cela implique, par suite des pouvoirs discrétionnaires qui permettent aux membres de la profession médicale d'accorder ou de refuser des prestations aux citoyens qui fournissent les fonds. Franchement, nous ne pouvons pas accepter cela.

En conclusion, nous recommandons respectueusement que sous ce rapport la Loi soit entièrement modifiée de manière à enlever la majorité de vote aux médecins et la remettre aux contributeurs. Nous souhaitons ardemment que l'assurance-maladie entre en vigueur le plus tôt possible, mais il importe que toute mesure à édicter protège en premier lieu les intérêts de la grande majorité de ceux dont elle doit sauvegarder la santé, avant de servir les intérêts de ceux qui seront employés à rendre les services nécessaires sous le régime de la loi.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Sullivan, voulez-vous ajouter quelque chose?

M. SULLIVAN: Non, monsieur.

M. Wright:

D. Monsieur Bengough, le projet de loi autorise les provinces à décider s'il y aura un maximum au-dessus duquel les gens ne bénéficieront pas du plan. Le Congrès du Travail approuve-t-il cette clause?—R. Non, nous n'approuvons pas ce plafonnement relatif au montant des salaires. Nous croyons que le plan d'assurance-maladie devrait englober tous les citoyens.

M. Wood:

D. En ce qui concerne le dernier paragraphe: "...nous recommandons respectueusement que sous ce rapport la Loi soit entièrement modifiée de manière à enlever la majorité de vote aux médecins et la remettre aux contributeurs", le syndicat des ouvriers des fabriques de machines aratoires accepterait-il de remettre aux cultivateurs, usagers de ces machines, le contrôle du syndicat?—R. Ce n'est pas comparable. Les ouvriers des fabriques de machines aratoires ne traitent pas avec les cultivateurs, mais avec leurs employeurs. Ils demanderaient une représentation, non pas l'entière direction de la firme, de sorte qu'il y a une différence. Dans le cas présent, les employés demandent l'entière direction.

M. MAYBANK: Je crois que les patrons devraient avoir un mot à dire.

M. Howden:

D. Le témoin approuve-t-il une partie quelconque de ce bill?—R. Oui, nous l'avons dit. Nous admettons le principe des subsides fédéraux aux provinces. Nous approuvons la portée du bill, telle qu'elle est prévue et qu'elle en constitue une partie importante. Nous approuvons les prestations—qui sont comprises dans le bill. De sorte que nous approuvons l'ensemble—tout le principe du bill. Nous ne soulevons d'objections qu'à l'égard de la direction.

M. Kinley:

D. Admettez-vous la contribution conjointe?—R. Certainement. La contribution pourrait être tripartite: l'Etat, les employeurs et les employés.

L'hon. Dr Bruce:

D. Le témoin croit-il réellement que cette loi fonctionne à l'avantage des médecins?—R. Pas encore, mais c'est ce qu'elle ferait si on la plaçait sur cette base.

D. Croyez-vous que cette loi pourrait être appliquée sans le concours des médecins?—R. Leurs services sont naturellement nécessaires.

M. MCCANN: Que les chiropraticiens et les ouvriers l'appliquent.

M. McGarry:

D. Dans quel groupe le président devrait-il être choisi, sinon parmi les médecins?—R. Voyez nos commissions des accidents du travail, qui fonctionnent très bien. Beaucoup d'entre elles ne comptent pas un médecin parmi les commissaires. Elles comptent des avocats, des représentants des patrons, le président qui représente le Gouvernement, et des représentants des employeurs et des employés, qui paient les cotisations.

M. Donnelly:

D. L'article 31 (*i*) dit: "Que tout assuré, qui reçoit des traitements comme susdit, sauf celui décrit à l'alinéa (*h*) du présent paragraphe, doit se soumettre à des observations cliniques faites par le personnel enseignant des écoles de médecine et des hôpitaux pour le perfectionnement de ceux qui suivent des cours de médecine ou de gardes-malades, conformément aux règlements édictés et aux ententes conclues à cette fin". Combien de temps, à votre avis, la médecine survivrait-elle sans la possibilité d'observer les malades dans les hôpitaux? Où prendriez-vous sans cela vos médecins?—R. J'admets que c'est nécessaire, mais ce n'est pas la partie à laquelle nous nous opposons. Nous critiquons la clause permettant à un assuré de payer la différence entre la salle publique et une chambre privée; mais les malades qui restent dans la salle publique sont

automatiquement sujets à observation. Ce n'est pas que nous approuvions ce qui se fait. Nous constatons ce fait que, parce que des malades sont dans une chambre privée, on ne les consulte pas pour savoir s'ils seront sujets à observation ou non.

Le PRÉSIDENT: Publique...

Le TÉMOIN: Les malades des salles publiques.

M. Donnelly:

D. Vous critiquez ce fait que les malades des salles publiques ne soient pas consultés?—R. Oui.

D. Si votre suggestion est adoptée, on sera bien embrouillé.

L'hon. M. Bruce:

D. Je me demande où le témoin pense que nous recrutons ces médecins. Quel serait l'avenir de la profession médicale si l'on adoptait ses vues? Elle n'existerait plus dans quarante ans.—R. Pourquoi pas?

D. Il n'y aurait pas de malades permettant de prélever les renseignements grâce auxquels on assure un meilleur service au public, dans l'avenir. Nous supprimerions l'occasion qui s'offre à nous d'assurer des soins médicaux à tout le monde, dans les années à venir.—R. Un travail de recherche considérable, peut-être le plus considérable, est effectué dans nos universités, par des employés de l'Etat.

D. Je n'ai pas compris cela.

M. Fauteux:

D. Qui sont des employés de l'Etat?—R. Ceux qui effectuent un bon travail, dans le domaine de la recherche. Beaucoup des progrès médicaux ont été réalisés dans nos universités, par des employés de l'Etat.

L'hon. M. Bruce:

D. Le progrès ne se réalise pas dans les universités sans l'aide des malades, qui sont nécessaires au travail de recherche. Je crains que vous ne compliquiez beaucoup la question.

Mme Casselman:

D. Je crois que 90 p. 100 des malades, dans les salles publiques ou dans les chambres privées, laisseraient volontiers les médecins examiner leur cas. Je ne crois pas qu'il y ait à craindre, du côté des malades. Le nombre de malades qui refuseraient serait, je crois, très faible, dans les chambres privées comme dans les salles publiques.

M. MAYBANK: Monsieur le président, je ne crois pas que ce soit le moment de discuter, mais je voudrais poser une question au témoin.

M. Maybank:

D. Il me semble que la conversation s'est égarée de telle sorte que plusieurs membres du Comité et M. Bengough ont l'impression d'une divergence d'idées plus grande qu'elle n'est en réalité. C'est peut-être dû à la rédaction du mémoire. Je ne crois pas que les médecins membres du Comité doivent se sentir aussi éloignés des idées des ouvriers que cette conversation semble l'indiquer. Maintenant, je désire poser une question relative à la phrase qui termine le deuxième paragraphe de la deuxième page: "Nous sommes d'avis que tout plan d'assurance-maladie doit comprendre des prestations en espèces pour compenser le temps perdu pour cause de maladie, et nous ne voyons pas de difficultés à

inclure une disposition à cet effet dans le projet de loi". Le témoin exprime-t-il un désir, un vœu de son association pour l'avenir, sans estimer urgent de l'inclure dès maintenant dans le bill ou dans une loi auxiliaire. Est-ce que l'association prend cette attitude dans l'espoir que son vœu se réalisera quelque jour?—R. Je répondrai oui.

D. Ce n'est pas urgent?—R. Il est difficile de l'insérer dans le bill tel qu'il est actuellement conçu. Nous ne voulons pas retarder le bill pour cela.

M. MacInnis: Je crois que le témoin en vient au principe impliqué dans l'article 31 (1) (*i*), qui est ainsi rédigé: "Que tout assuré, qui reçoit des traitements comme susdit, sauf celui décrit à l'alinéa (*h*) du présent paragraphe, doit se soumettre à des observations cliniques faites par le personnel enseignant des écoles de médecine et des hôpitaux pour le perfectionnement de ceux qui suivent des cours de médecine ou de gardes-malades, conformément aux règlements édictés et aux ententes conclues à cette fin". Tout malade est à la disposition de son médecin, pour observation clinique, mais non pas à la disposition de toute l'école, et je crois qu'on a fort bien signalé la conséquence de cet article, qui fait du malade un cochon d'Inde, sujet d'expériences, parce qu'il se trouve dans une salle publique.

L'hon. M. Bruce: Monsieur le président, je voudrais demander au témoin de modifier ce mot. Il ne s'agit pas de faire des expériences. Le malade doit être examiné, pour détermination des symptômes cliniques de sa maladie. Le médecin doit pouvoir faire cet examen. La théorie ne suffit pas à faire un bon médecin; il faut la pratique, au chevet des malades.

M. MacInnis: C'est vrai, et tout médecin acquiert cette expérience auprès de ses malades.

M. McCann: Où acquiert-il l'enseignement?

M. Donnelly: Où acquiert-il l'expérience?

M. MacInnis: Auprès du malade.

M. Donnelly: A l'hôpital.

M. MacInnis: Chaque fois que vous ou moi consultons un médecin, celui-ci acquiert de l'expérience en observant son malade.

M. Donnelly: Votre théorie est que, s'il n'acquiert pas l'expérience à l'école, il pourra l'acquérir dans la pratique de sa profession.

M. MacInnis: Il est vrai que le malade n'est pas un bon sujet d'observation et d'expérience simplement parce qu'il est dans une salle publique et non dans une chambre privée.

L'hon. M. Bruce: Il ne s'agit pas de faire des expériences, mais d'acquérir de l'expérience.

M. MacInnis: Comment acquiert-on de l'expérience, sinon en faisant des expériences.

Le président: Ne nous égarons pas dans une discussion sur la pratique d'hôpital ou d'université. Nous pourrons en parler en discutant l'article 31. A mon avis, ce n'est pas le moment d'une telle discussion.

M. McGregor:

D. Votre association soutient-elle que l'assurance-chômage devrait être payable par tout le monde, ou rester telle qu'elle est?—R. Nous la préférons sans limitation de salaire, comprenant tout le monde.

D. Tout le monde?—R. Oui.

M. HOWDEN: Monsieur le président, cette question touche au centre même de la science médicale. Il n'est pas douteux que les démonstrations pratiques aient une valeur d'enseignement, pour les musiciens, les mécaniciens, les médecins, etc. C'est un moyen d'apprendre. Nous apprenons notre profession en examinant certaines choses qui ont trait à la médecine, sous la conduite d'un homme qui connaît son affaire. Si nous avons l'assurance-maladie, les Canadiens seront soumis au bill, et la suggestion du témoin peut exclure les étudiants du chevet des malades, où ils apprennent leur métier. Cela me paraît impossible. L'idée même ne peut être prise en considération.

M. FULFORD: Je suis d'accord avec Mme Casselman. Je sais que l'expérience au chevet des malades est indispensable aux étudiants en médecine. Je crois que la plupart des personnes s'opposeraient à se laisser examiner par un groupe nombreux d'étudiants, mais que 90 p. 100 au moins permettraient aux médecins et à d'autres d'observer leur état.

Le PRÉSIDENT: Je crois que M. Maybank a raison de dire que ces expressions d'opinions variées pourraient être remises jusqu'à la discussion de cet article.

M. Kinley:

D. C'est ce que dit cet article: "Que tout assuré, qui reçoit des traitements comme susdit, sauf celui décrit à l'alinéa (*h*) du présent paragraphe, doit se soumettre à des observations cliniques faites par le personnel enseignant des écoles de médecine et des hôpitaux", et ainsi de suite. Quels sont les exceptions? Y a-t-il actuellement des exceptions?—R. Les exceptions sont en faveur de ceux qui peuvent payer; une différence existe entre la salle publique et les chambres privées ou demi privées.

D. Vous vous opposez à rendre la mesure obligatoire pour les autres?—R. Oui, monsieur.

D. Vous ne vous occupez pas de savoir s'ils sont prêts à s'y soumettre volontairement?—R. Non; je crois qu'ils le feraient.

Le PRÉSIDENT: Nous vous sommes très obligés, monsieur Bengough. Je vous assure que, lorsque l'article sera discuté, votre mémoire sera pris en considération.

Mardi de la semaine prochaine, nous espérons entendre, au Comité, sir William Beveridge, à onze heures.

Nous allons nous ajourner à vendredi, 11 heures. Nous nous occuperons alors d'hygiène publique.

A 12 h. 40, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le vendredi 21 mai, à 11 heures du matin.

APPENDICE "A"

(1) TABLEAU INDIQUANT LE NOMBRE DE LITS DANS LES HÔPITAUX DU CANADA AU 1er JANVIER 1940

Institutions	Nombre de lits	Pourcentage de lits
Publiques:		
Générales	46,344	39.0
Femmes	1,019	0.9
Enfants	1,293	1.1
Contagieux	1,437	1.2
Convalescents	887	0.7
Croix-Rouge	621	0.5
Incurables	3,094	2.6
Non classifiées	2,774	2.3
Privées:	3,915	3.3
Spéciales:		
Dominion	9,436	7.9
Maladies mentales	39,277	33.0
Tuberculose	8,873	7.5
Total	118,970	100.0

La moyenne des lits occupés est d'environ 60 à 70 p. 100 dans les hôpitaux généraux publics, de 90 p. 100 dans les sanatoriums de tuberculeux et d'au delà de 110 p. 100 dans les hôpitaux de maladies mentales. Ainsi, lorsque l'on compare le nombre de patients mentaux hospitalisés avec celui des autres malades, on constate que la moyenne de 33.0 p. 100 indiquée dans ce tableau est une estimation trop basse. Le nombre réel de malades mentaux qui sont hospitalisés est probablement plus près de la demie que du tiers de tous les malades hospitalisés.

STANDARDS MINIMA POUR LA CONDUITE DES HÔPITAUX DE MALADIES MENTALES DRESSÉS PAR L'*American Psychiatric Association* EN 1925, ET APPROUVÉS PÉRIODIQUEMENT DEPUIS.

1. Le chef du bureau de direction doit être un médecin dûment compétent et un psychiatre d'expérience et sa nomination ainsi que sa démission doivent être soustraites à toute ingérence politique.

2. Toutes les personnes employées dans l'institution devraient lui être subordonnées et passibles d'être congédiées par lui si elles manquent à leurs devoirs.

3. Les postes et les directives de l'institution doivent être affranchis de tout contrôle exercé pour fins de politique de parti.

4. L'institution doit être dotée d'un personnel suffisant composé de médecins dûment compétent, dans une proportion d'au moins un par 150 sur le nombre total des malades, le surintendant non compris, et d'au moins 1 par 40 en regard du nombre des malades admis annuellement. Elle doit aussi compter un ou plusieurs dentistes permanents.

5. Il faut maintenir un personnel de spécialistes consultants, au moins, en médecine interne, en médecine générale, en chirurgie générale, en neurologie organique, en maladies des yeux, des oreilles et de la gorge, en radiologie, tous employés moyennant salaires propres à assurer un maximum de services.

6. Le personnel médical doit être organisé, les services définis et le travail de clinique placé sous la direction d'un chef de service ou d'un directeur de clinique.

7. Chaque service médical doit avoir à sa disposition un cabinet ainsi qu'une salle d'examen pourvue de commodités convenables et d'un outillage complet à l'accomplissement du travail, avec, en outre, un personnel de bureau, spécialement attaché à ce service et en nombre suffisant pour la charge des registres médicaux et administratifs.

8. L'histoire clinique de chaque malade doit être rigoureusement conservée sur des fiches facilement accessibles à chaque service.

9. Les données statistiques relatives à chaque malade doivent être dressées selon le système uniforme approuvé par l'Association.

10. Les patients doivent être classifiés suivant leurs états mentaux et physiques, eu égard aux besoins spéciaux d'étude et de traitement des cas de chaque classe; et l'hôpital ne devrait pas être tellement encombré qu'il faille négliger cette classification et ces traitements.

11. La classification exige une section ou une maison séparée spécialement affectée aux services de réception, d'études intensives et de traitements, une unité spéciale destinée aux maladies physiques aiguës et à la chirurgie, et des unités séparées pour les tuberculeux, les infirmes et les grands alités.

12. L'hôpital doit être doté d'un laboratoire clinique et pathologique, équipé en instruments et en hommes selon les normes recommandées par le Comité d'enquête pathologique.

13. L'hôpital doit avoir un matériel satisfaisant de rayons-X et employer un radiologiste compétent.

14. Il faut y ajouter un bon service de bibliothèque médicale et de collection de journaux.

15. Les commodités et le matériel consacrés aux traitements doivent comprendre:

(*a*) Une salle de chirurgie avec outillage complet;

(*b*) Un cabinet dentaire pourvu d'accessoires modernes;

(*c*) Des baignoires et autres accessoires hydrothérapiques opérés par un ou plusieurs physiothérapistes spécialement formés;

(*d*) Des salles d'examen suffisamment équipées pour les besoins des spécialistes en médecine et en chirurgie visés par le plan;

(*e*) Des dispositifs pour traitement au moyen d'exercices physiques et de jeux et des mesures prévoyant l'emploi d'instructeurs compétents.

(*f*) Des locaux aux fins de récréation et d'amusement.

16. Des conférences devraient être données au moins deux fois la semaine au personnel régulier aux fins de passer soigneusement en revue les travaux des médecins, les examens et le traitement des malades. Il faudrait tenir des procès-verbaux des conférences.

17. Il faudrait établir, à l'exclusion de celles qui font partie intégrante de l'hôpital, une ou plusieurs cliniques publiques consacrées uniquement aux malades de l'extérieur. Pour ce service, il faudrait employer des auxiliaires de prévoyance sociale expérimentés.

18. Il faudrait s'assurer d'un personnel suffisant d'infirmières, à raison d'au moins 1 garde par 8 malades en proportion du nombre total des hospitalisés, et, pour les malades qui demandent des traitements intensifs, pour les souffrants aigus et les cas chirurgicaux, cette proportion doit être d'au moins 1 par 4. Des dispositions doivent être prises pour donner des cours systématiques d'instruction et d'entraînement aux membres du personnel infirmier.

19. Les moyens mécaniques de contrainte et de ségrégation, s'ils sont considérés indispensables, doivent être soumis à des réglements sévères et à un système de contrôle et d'observation réservé aux médecins; ils doivent être limtés aux cas d'extrême urgence.

Renvoi:

Medical Journal of Psychiatry, septembre 1933, pages 423-425 inclu. Le rapport du *Psychiatric Standards and Policies Committee* de l'*American Psychiatric Association*, publié dans l'*American Journal of Psychiatry*, 1940, vol. 97, page 462, mentionne quelques légères modifications au plan qui furent proposées.

(3) NOMBRE DE LITS ET NOMBRE DE MALADES DES MAISONS DE SANTÉ COMPARÉS AU NOMBRE DE PERSONNES DE LA POPULATION GÉNÉRALE

LE 31 DÉCEMBRE 1940

	Nombre	Nombre par mille de population
Lits	39,441	3.45
Malades hospitalisés	44,163	3.87
Population générale	11,422,000	1,000.00

Comme ces chiffres comprennent les déficients et les épileptiques, le nombre par 1,000 devrait être de 5.0 à 5.5, c'est-à-dire, 4.0 pour les désordonnés mentaux et de 1.0 à 1.5 pour les déficients et les épileptiques. Afin d'atteindre une proportion de 5.0 par 1,000 lits, il faudra fournir plus de 17,000 lits additionnels.

(4) PREMIÈRES ADMISSIONS AUX MAISONS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS

	Nombre	Nombre des plus de 60 ans	Pourcentage des plus de 60 ans
Canada, 1940	6,989	1,324	19.0
Ontario, 1940-41	2,304	499	22.6

(5) DÉPENSES BRUTES DES MAISONS DE SANTÉ

Province	Dépenses brutes	Entretien des malades—Revenus	Pourcentage des guérisons	Proportion des guérisons
Ontario, 1942-3	$ 5,600,000	$1,230,000	22.1	1/4.5
Manitoba, 1942-3	977,000	186,000	19.0	1/5.2
Saskatchewan, 1942-3†	1,700,000	125,000	7.4	1/13.6
Canada, 1940*	19,543,000	2,061,000	10.5	1/9.5
(Subvention projetée du gouvernement fédéral)			11.1	1/9.0

† Estimation.

* Ces chiffres, pris dans le rapport de 1940 du Bureau fédéral de la statistique, comprennent les hôpitaux fédéraux.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule nº 12

SÉANCE DU VENDREDI 21 MAI 1943

TÉMOINS:

Le docteur Adélard Groulx, directeur du Service d'hygiène publique de la cité de Montréal et président de la *Canadian Public Health Association.*

Le docteur Robert D. Defries, directeur de l'Ecole d'hygiène et des laboratoires Connaught, Toronto.

Le docteur John T. Phair, médecin en chef au ministère provincial de la Santé, Toronto, Ontario, et secrétaire honoraire de la *Canadian Public Health Association.*

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le VENDREDI 21 mai 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de M. J.-A. Blanchette, le vice-président, qui occupe le fauteuil en l'absence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Blanchette, Bourget, Mme Casselman, MM. Cleaver, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Leclerc, MacInnis, MacKinnon (*Kootenay-est*), McCann, McGarry, McIlraith, Shaw, Veniot et Wright—22.

Le docteur Adélard Groulx, directeur du Service d'hygiène publique de la cité de Montréal et président de la *Canadian Public Health Association,* est appelé. Il présente aux membres du Comité les représentants suivants de la *Canadian Public Health Association:*

Le docteur John T. Phair, médecin en chef, ministère de la Santé de l'Ontario, et secrétaire honoraire de la *Canadian Public Health Association;*

Le docteur G. F. Jackson, médecin hygiéniste de la cité de Toronto;

Le docteur F. Ladouceur, médecin hygiéniste, Casselman, Ontario;

Le docteur Robert D. Defries, directeur de l'Ecole d'hygiène et des laboratoires Connaught, Toronto.

Le decteur Defries présente un mémoire au nom de la *Canadian Public Health Association.*

Le docteur Groulx présente un résumé des recommandations de l'Association.

Les docteurs Defries, Groulx et Phair sont ensuite interrogés par les membres du Comité.

Sur proposition du docteur Hurtubise, il est convenu que les tableaux annexés au mémoire du docteur Defries seront imprimés comme appendice "A" aux témoignages de ce jour.

Le président remercie les témoins, qui se retirent.

A midi et 40, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mardi 25 mai, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,

J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 21 mai 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence du vice-président, M. J.-A. Blanchette.

Le VICE-PRÉSIDENT: En l'absence du président, j'ai été invité à prendre sa place. Nous serons saisis ce matin d'un projet présenté sous les auspices de la *Canadian Public Health Association.* Le docteur R. D. Defries en fera l'exposé. Je vais demander au docteur Adélard Groulx, directeur du Service de l'hygiène publique de Montréal et président de la *Canadian Public Health Association,* de nous faire connaître ses collègues et de présenter ensuite le docteur Defries.

Le Dr GROULX: Monsieur le président, messieurs les membres du Comité, j'ai l'honneur ce matin de vous présenter les médecins qui m'accompagnent et qui sont membres d'un comité spécial d'assurance-maladie de la *Canadian Public Health Association.* Voici le docteur R. D. Defries, directeur de l'Ecole d'hygiène et des laboratoires Connaught de l'Université de Toronto; le docteur John T. Phair, médecin en chef du ministère de la Santé de l'Ontario et secrétaire honoraire de la *Canadian Public Health Association;* le docteur Gordon Jackson, médecin hygiéniste de la cité de Toronto; et le docteur F. Ladouceur, médecin hygiéniste de Casselman, Ontario. Au nom de mes collègues et au mien, je tiens à remercier votre Comité d'avoir bien voulu nous permettre de vous présenter, de la part de la *Canadian Public Health Association,* un exposé de nos vues sur l'importante question des services de santé et de l'assurance-maladie au Canada. Cet exposé a été préparé par notre comité et, comme le président vient de le dire, le docteur Defries va vous le lire. Voulez-vous me permettre d'appeler le docteur Defries?

Le docteur R. D. DEFRIES est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, madame Casselman et messieurs:

LA "CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION"—SON ORGANISATION ET SON BUT

La *Canadian Public Health Association* a été organisée par une charte du Dominion en 1912. C'est une société professionnelle qui représente ceux qui servent la santé publique dans les services officiels ou les organisations volontaires. Ses membres se recrutent parmi les médecins qui servent comme officiers médicaux de santé à travers tout le Canada, parmi les dentistes, les infirmières et les ingénieurs et parmi les membres d'autres corps professionnels entraînés qui servent dans ce secteur. Durant les trente années de son existence, les chefs de file les plus en vue dans le domaine de l'hygiène publique ont servi comme officiers. Conséquemment, la "C.P.H.A." considère qu'elle parle au nom de ceux qui connaisent le mieux la situation actuelle des services de santé publique de tout le Dominion.

La *Canadian Public Health Association* a fermement insisté sur les besoins d'une assurance-santé et a réaffirmé son opinion au sujet de la nécessité d'un plan national dans la résolution suivante qui fut adoptée au 31e congrès de l'association, tenu à Toronto, au mois de juin 1942:

Attendu que le Canada a un besoin urgent de fournir un service général plus adéquat en médecine, en art dentaire et en soins de gardes-malades;

Et que le système d'une assurance-santé obligatoire et à laquelle l'intéressé contribue, a fait ses preuves en Angleterre et dans d'autres pays;

Et que cette association croit que dans tout programme d'assurance-santé il est essentiel de pourvoir d'une façon adéquate aux services de prévention;

Il est résolu que cette association agrée le principe de l'assurance-santé nationale et insiste pour que les mesures de prévention soient une partie essentielle de ce programme.

LE BUT DE CE PROJET

Le but de ce projet est de montrer:

1. Que les services de médecine préventive sont essentiels au succès de l'assurance-santé;

2. Que toutes les parties du Canada doivent avoir des services locaux de santé adéquate;

3. Que le médecin praticien doit donner des services au double point de vue de la prévention et du traitement; et que, pour s'acquitter de ses services, il doit recevoir l'assistance d'un service de santé local adéquat;

4. Que les services de santé locaux comptent sur les ministères provinciaux de santé pour la direction et pour l'assistance financière;

5. Que les subventions du gouvernement fédéral présentent une occasion de faire face aux problèmes urgents de santé publique, particulièrement la lutte contre la tuberculose, le traitement des maladies mentales, le contrôle des maladies vénériennes et le développement de service locaux de santé adéquats dans tout le Dominion;

6. Qu'il est essentiel que l'assurance-santé et la santé publique fassent toutes deux partie de l'administration provinciale et locale;

7. Qu'li faut un personnel de santé compétent dans la direction des travaux de santé publique et qu'il est nécessaire de prendre des mesures financières pour aider à sa formation;

8. Qu'il est nécessaire d'aider davantage les recherches médicales au Canada pour faciliter les progrès de la médecine et assurer le succès de l'assurance-santé.

I

IL EST ESSENTIEL D'INCLURE LES SERVICES DE MÉDECINE PRÉVENTIVE DANS UN PLAN ADÉQUAT D'ASSURANCE-SANTÉ

Le terme "assurance-santé" implique des dispositions pour conserver les gens en bonne santé et les empêcher de tomber malades. Malheureusement, les mesures d'assurance-maladie en vigueur dans certains pays visent presque exclusivement le traitement des malades et les prestations pendant qu'ils sont incapables de travailler. Evidemment ce genre de service n'envisage que les soins médicaux et les prestations—c'est de l'*assurance-maladie* et non pas de l'assurance-santé. A moins de comprendre des dispositions pour inclure des services adéquats de prévention, le terme "assurance-santé" est mal choisi. Le succès de l'assurance-santé dépend donc de l'inclusion de mesures de santé publique et de médecine préventive.

Il n'est pas étonnant qu'on confonde l'assurance-santé et l'assurance-maladie, attendu que les services de santé publique et la médecine préventive ne datent que d'une vingtaine d'années. Depuis quelques années, l'idée se répand de plus en plus que les médecins doivent, outre prescrire un traitement pour leurs malades, surveiller la santé des familles qu'ils soigent et beaucoup de docteurs considèrent que cela fait partie des soins qu'ils doivent aux familles. L'aspect préventif de

l'art dentaire est chose acceptée depuis quelque temps, et le public en apprécie la valeur par suite de l'insistance avec laquelle les dentistes ont souligné l'importance des soins à donner aux dents.

Il n'est pas logique de laisser se déclarer des maladies qu'il est possible de prévenir, et d'avoir ensuite à payer et endurer les traitements nécessaires. Toutes les maladies qui ont eu pour résultat soit l'invalidité, soit la mort et que l'on peut prévenir dans quelque mesure doivent être combattues vigoureusement, afin d'en réduire au minimum la fréquence. La science médicale a rendu possibles de grands progrès dans la lutte contre certaines maladies, et nous a donné des renseignements essentiels à la connaissance des conditions fondamentales de la santé. D'une manière générale, les nombreuses maladies qu'il est possible de prévenir sont les maladies contagieuses, les maladies provenant d'une mauvaise alimentation, les maladies causées par des occupations comportant un danger précis pour la santé, et les maladies et infirmités qui accompagnent la maternité. La prévention sauve des vies nombreuses et réduit la gravité de la maladie ou de l'infirmité. Tout le mouvement de "sûreté d'abord" repose sur la nécessité de réduire la fréquence des maladies évitables et des morts accidentelles.

Il a été accompli beaucoup grâce à l'adoption de mesures préventives par les bureaux locaux des ministères de la Santé, par les praticiens médicaux, les infirmières et les dentistes; les services bénévoles d'hygiène ont aussi apporté une contribution importante à ce travail. Des résultats comme la réduction du taux des morts tuberculeuses en Ontario jusqu'à moins du cinquième du taux de 1900, de celui de la typhoïde au cinquantième du taux de 1900, de celui de la diphtérie au quatre-vingt-cinquième du taux de 1900, illustrant bien les succès obtenus. Il y a eu réduction notable, aussi, du nombre de morts d'enfants au cours de leur première année; le taux de mortalité infantile de l'ensemble du Canada est tombé de 93 par 1,000 naissances vivantes (1936) à 60 par 1,000 (1940). Cette grande réduction du nombre des morts de bébés et de jeunes enfants a allongé la moyenne de durée de la vie. Aux Etats-Unis, cette moyenne était en 1900 de 49.2 ans; en 1942, elle s'était élevée à 63.7, soit une augmentation de 13 ans et demi. Les chiffres du Canada indiquent une augmentation semblable. Comme nous venons de le dire, le prolongement de la durée moyenne de vie provient avant tout de la forte réduction de la mortalité infantile. Si encourageants que soient ces résultats, il nous reste beaucoup à faire. Au Canada, en 1941, on a enregistré 6,072 décès par la tuberculose sous toutes ses formes, les 165 décès par la typhoïde et 240 par la diphtérie. Toutes ces maladies peuvent être prévenues, et tous les cas qui se déclarent exposent inutilement les autres personnes du même lieu.

Prévenir coûte moins cher que guérir

Les services de prévention coûtent bien moins cher que les services de traitement. Il a été fait une étude, en Ontario, sur le coût de la diphtérie durant une année où cette maladie était très répandue, c'est-à-dire avant qu'il fût possible de la prévenir au moyen de l'immunisation à l'anatoxine. En 1924, donc, il y eut 3,073 cas de rapportés, dont 322 furent mortels. Les frais d'hospitalisation de quelques-uns de ces malades, dans diverses villes, plus le coût approximatif des soins médicaux donnés à la maison, se totalisèrent à $300,000. Or, pour immuniser à l'anatoxine *TOUS les enfants d'âge préscolaire et scolaire de la province*, il n'aurait fallu que le tiers de cette somme. Sachant qu'il n'est pas nécessaire de renouveler cette immunisation tous les ans, mais seulement de la "renforcer" après quelques années, l'on peut comprendre ce que signifie la différence entre le coût des traitements et celui des services de prévention. Si l'on calcule ce qu'il en coûte de fait à l'Ontario, il faut inclure dans le total la valeur économique estimée des 322 enfants et jeunes adultes décédés. Le total s'élève à plusieurs millions. En Ontario, en 1941, le coût du traitement de 6,666 tuberculeux dans les sanatoriums s'est élevé à $2,794,935. Une fraction seulement de cette somme sert

à la découverte et à l'examen des contacts, à l'épreuve à la tuberculine, et aux radiographies collectives, qui forment une partie essentielle du travail de contrôle de la maladie.

Dans les cas de morts par la diphtérie, la tuberculose et la typhoïde, les gains et les pertes sont assez faciles à calculer. Mais il reste beaucoup à faire pour les autres cas, où l'application des mesures de prévention est moins directe. Par exemple, les maladies de cœur rhumatismales sont une importante cause de mortalité chez les personnes âgées de moins de cinquante ans. Des statistiques récentes attribuent à cette cause un plus grand nombre de morts chez les moins de vingt ans qu'à la tuberculose pulmonaire. La maladie de cœur rhumatismale est caractéritée par des attaques répétées durant quelques années. On admet généralement qu'il est possible d'éviter un grand nombre d'infirmités et de morts en surveillant suffisamment les personnes qui ont déjà subi une attaque. Bien que cela exige un nombre suffisant de lits d'hôpitaux ainsi que d'autres facilités, les facteurs les plus importants sont la détection rapide de la maladie et la surveillance étroite et prolongée de chaque malade, ce que le praticien privé est le mieux en mesure de faire, étant le premier et souvent le seul à connaître l'état du malade. L'importance de la lutte contre la maladie de cœur rhumatismale provient du fait que cette affection est l'une des principales causes des maladies de cœur chez les adultes; il faut combattre cette maladie si l'on veut réduire la fréquence des maladies de cœur et leur issue fatale.

La *Canadian Public Health Association* envisage, avec la *Canadian Medical Association*, "un système d'assurance-maladie qui sera plus général, plus efficace et d'une organisation plus solide que n'importe quel autre jamais imaginé et mis en œuvre où que ce soit. La prévention des maladies et le développement à un haut degré de la santé physique doivent y jouer un rôle prépondérant, et ce système doit comprendre des services complets et modernes de diagnostic et de traitements médicaux."

On trouvera une vue d'ensemble de ce qui constitue des mesures suffisantes d'hygiène publique et de prévention dans le travail présenté par la *Canadian Medical Association* (Procès-verbaux et témoignages, fascicule nº 5, pages 143 et 144). En voici les dernières phrases:

"Un tel programme d'application générale contribuerait grandement à la suppression de certaines maladies telles que la diphtérie, la coqueluche, la tuberculose, le rachitisme, la typhoïde et la petite vérole, et aiderait à abaisser la fréquence de plusieurs autres, telles que certaines formes de maladie mentale, maladie de cœur rhumatismale, goitre, maladies vénériennes et cancer.

"Avec les années, le coût des services curatifs devrait diminuer considérablement, à mesure que la maladie est enrayée et la santé améliorée."

Il est donc évident que la conception de l'assurance-maladie que notre Association partage avec la *Canadian Medical Association* attribue une place très importante aux services de prévention et à l'hygiène publique. *Elle exige que les avantages de l'assurance-maladie soient à la portée de tous.* Il est significatif de voir les représentants du travail, de l'agriculture, des sociétés fémnines locales et nationales, des dentistes et des gardes-malades, s'entendre tous pour déclarer que le Canada a besoin d'une *assurance-santé*, non pas seulement d'une *assurance-maladie* ne concernant que le traitement des maladies déclarées.

La médecine préventive et l'hygiène publique n'ont pas pour but la seule prolongation de la vie par la prévention de la maladie et de la mort prématurée; elle porte aussi sur tout ce qui touche à la santé, physique ou mentale. Les mesures sociales qui donnent la sécurité et libèrent les individus de l'angoisse contribuent d'une manière importante à la santé publique. De même, le travail des services sociaux et l'établissement de terrains de jeux et de programmes d'exercice physique contribuent d'une manière essentielle à l'amélioration de la santé générale. Cette conception ne reconnaît de services d'hygiène suffisants que donnés par les médecins, les infirmières, les dentistes, les œuvres de bienfaisance locales, et les ministères de l'hygiène.

II

TOUTES LES PARTIES DU CANADA DOIVENT BÉNÉFICIER DE SERVICES D'HYGIÈNE SUFFISANTS

Le plan d'assurance-maladie dont nous venons de donner les grandes lignes exige des services d'hygiène suffisants, organisés sur le plan local, et dispensés par les médecins, les dentistes et les infirmières en collaboration avec le bureau local du ministère de l'hygiène et avec l'aide des sociétés de bienfaisance de l'endroit. Pour réduire les ravages de la maladie, il fait diriger une attaque assez vigoureuse et scientifique contre les sources du mal et contre les circonstances qui en favorisent l'éclosion. *Chaque partie du pays devrait être desservis par un service d'hygiène bien outillé.* Malheureusement il n'existe de services d'hygiène dirigés par un médecin payé pour leur consacrer tout son temps que dans certaines parties du Canada, et surtout dans les villes. Le service discontinu est presque toujours insuffisant, et ne protège pas la population lorsqu'une menace d'épidémie ou quelque autre danger se produit. La plupart des régions rurales ne prennent pas les dispositions voulues pour s'assurer un service d'hygiène convenable. Les agglomérations les plus denses n'ont pas seules besoin d'un tel service. La nécessité d'améliorer les services d'hygiène est, en général, inversement proportionnelle à la densité de la population; la situation est généralement moins bonne dans les petites villes, dans les villages, dans les agglomérations rurales. Ce sont donc souvent les populations dont le besoin est le plus grand qui possèdent les moyens les plus faibles. Il serait superflu d'insister sur la nécessité de services d'hygiène locaux, solidement constitués, pour lutter contre les maladies contagieuses, y compris la tuberculose et les maladies vénériennes. La nécessité d'une surveillance des aliments périssables est aussi évidente.

Il est admis que certains services préventifs essentiels sont assurés d'une manière insuffisante, même dans les municipalités possédant des services d'hygiène bien organisés. Dans les petites agglomérations, aucune disposition officielle n'est prise à l'égard des futures mères, des bébés, des enfants d'âge pré-scolaire et scolaire. Le praticien devrait exercer une surveillance pré-natale, et la continuer à l'égard du bébé et de l'enfant. Dans l'ensemble du Canada, il n'est guère probable que plus de 40 p. 100 des futures mères reçoivent les soins convenables pendant la période de grossesse, au point de vue de la surveillance pré-natale. En matière d'hygiène infantile, il n'est guère probable que plus de 20 à 30 p. 100 des enfants bénéficient d'une surveillance médicale suffisante, soit de la part d'institutions publiques ou privées, soit de la part du médecin de famille. Ces évaluations se rapportent à l'ensemble du Canada, et les grands centres urbains étant généralement mieux desservis, le pourcentage des futures mères recevant les soins voulus et des bébés sous surveillance médicale doit être bien faible dans les villages, dans les sections rurales. Il est admis que ce pourcentage pourrait être sensiblement relevé si l'on disposait du personnel suffisant—médecins et infirmières—et si le médecin de famille pouvait plus généralement assumer cette responsabilité.

Le groupe d'âge pré-scolaire ne bénéficie généralement pas d'une surveillance médicale, soit de la part du ministère provincial de l'Hygiène, soit de part des médecins de famille. La surveillance des écoliers existe dans les grands centres, mais fait presque entièrement défaut dans les endroits où le service est assuré par un médecin en service discontinu et où les départements d'hygiène ne disposent que d'un minimum d'organisation et de ressources.

Les services locaux d'hygiène au Canada

En général, les diverses lois provinciales concernant l'hygiène publique exigent que chaque agglomération, village, ville, canton ou cité, possède un bureau local d'hygiène, un médecin hygiéniste (habituellement en service

discontinu), et au moins un inspecteur sanitaire. En Ontario, par exemple, il existe 575 médecins hygiénistes desservant 900 localités, y compris 32 cités (en bien des cas, le même médecin dessert plusieurs localités), et dont 16 seulement sont payés pour consacrer tout leur temps à cette besogne. La grande majorité des médecins hygiénistes sont engagés pour un service discontinu, et reçoivent quelques centaines de dollars, ou moins, pour ces fonctions.

Comme nous l'avons déjà signalé, le service discontinu paraît insuffisant, même dans les petites municipalités. Le médecin hygiéniste en service discontinu ne peut pas prendre l'initiative de mesures préventives, faute d'un personnel pour l'assister, faute, par exemple, d'infirmières au courant des questions d'hygiène publique ou d'inspecteurs sanitaires compétents. Les services d'hygiène n'ont pas d'autre bureau que celui du médecin, et celui-ci ne tient guère de dossiers. En fait, il est difficile à un médecin faisant de la clientèle particulière de remplir les fonctions de médecin hygiéniste, car il risque de mécontenter ses clients en exigeant le redressement d'une situation sanitaire défectueuse ou le contrôle des maladies contagieuses. Ce mécontentement entrave l'exercice de la médecine privée. En conséquence, les dirigeants du mouvement d'hygiène publique estiment que les services locaux doivent être confiés à un médecin spécialisé et consacrent tout son temps à ces fonctions.

Comment procurer ces service continus aux localités trop peu importantes pour les entretenir

Ce problème a été l'objet d'études et d'expériences, sur ce continent et en Grande-Bretagne. Trois méthodes sont employées au Canada pour fournir un service d'hygiène continu. Elles exigent la participation financière de l'Etat provincial, sur une échelle variant de 20 ou 30 p. 100 à 90 p. 100 de la dépense totale. Ces trois méthodes sont les suivantes; 1, districts sanitaires; 2, unités sanitaires; 3, zones sanitaires métropolitaines.

1. *Districts sanitaires.*—La province du Nouveau-Brunswick est divisée en dix district sanitaires, représentant chacun un ou plusieurs comtés. Les villes et cités sont comprises dans ces districts. Le gouvernement provincial nomme un médecin hygiéniste compétent dans chaque district. Les comtés intéressés assument environ le tiers du coût des services d'hygiène de district. Le Nouveau-Brunswick ne possède pas d'hygiénistes locaux, et la province est desservie, en conséquence, par dix médecins hygiénistes en service continu. Le personnel fourni aux districts est insuffisant pour donner des soins, mais le plan permettra la nomination d'un personnel supplémentaire, par le ministère provincial de la Santé, quand celui-ci disposera des fonds et des spécialistes voulus. Le ministère provincial de la Santé assume la responsabilité esesntielle de l'organisation et de la direction, et la contribution locale consiste à fournir des bureaux, des secrétaires locaux, etc.

2. *Unités sanitaires.*—Dans certaines provinces du Canada, l'unité administrative est le comté; ailleurs, c'est la municipalité. Les unités sanitaires fournissant des services d'hygiène continus peuvent embrasser une partie d'un comté, un comté entier, deux ou plusieurs comtés, ou deux ou plusieurs municipalités, selon la densité de la population. L'unité sanitaire dessert une population d'au moins 10,000 et, de préférence, d'au plus 100,000 âmes.

Un comité de la *Canadian Public Health Association*, étudiant la question les services d'hygiène continus, a ébauché un programme d'hygiène pour une population de 100,000 personnes, indiquant les services à assurer et le personnel minimum à exiger raisonnablement. Ces chiffres peuvent servir de mesure: le personnel et les dépenses seraient proportionnés, pour des unités de population plus faibles. La population de 100,000 personnes combine les zones rurales et urbaines, dans la proportion de 2 à 3, la population urbaine étant considérée comme comprenant les villes et les grands centres. Sur ces bases, une région

de 1,000 milles carrés, peuplée de 30,000 âmes, serait desservie par un médecin hygiénistes en service continu, cinq infirmières, deux inspecteurs sanitaires et des aides de bureau.

Actuellement, quatre de ces unités ont été organisées en Colombie-Britannique, neuf en Alberta, trois au Manitoba, une en Ontario, cinquante et une dans Québec et cinq en Nouvelle-Ecosse. L'Ile du Prince-Edouard est desservie par une unité sanitaire.

Il est généralement admis, d'après l'expérience des unités constamment employées à ce travail sur ce continent, que pour donner des services suffisants il faut dépenser $1 par personne par an. En général, les municipalités locales contribuent pour le quart ou la moitié de la dépense et les autorités sanitaires provinciales fournissent le reste. Du moment que l'autorité sanitaire publique assume une grande partie du coût des services, la responsabilité de choisir le personnel compétent et de prendre la direction du programme est confiée au ministère provincial.

3. *Zones sanitaires métropolitaines.* Il est bien connu que les faubourgs adjacents aux grandes villes ont souvent grand besoin de services sanitaires publics. Conformément aux dispositions générales au Canada sur les services sanitaires locaux, chaque municipalité de banlieue s'efforce d'établir une sorte de service local avec un personnel employé une partie du temps. Souvent une demi-douzaine ou davantage de municipalités sont groupées autour d'une ville, et il est évident qu'il serait plus économe et plus efficace d'organiser une zone métropolitaine embrassant le ville et les alentours. Une zone de ce genre a été organisée avec une grande mesure de succès à Vancouver, grâce à l'appui actif de la Commission d'hygiène provinciale de la Colombie-Britannique et avec l'aide de la Fondation Rockefeller. Plusieurs autres villes étudient l'opportunité d'en faire autant.

Plan de médecin municipal. Comme preuve des efforts tentés pour mieux servir les besoins locaux, le plan dit de médecin municipal en Saskatchewan et au Manitoba offre beaucoup d'intérêt. Environ un tiers des municipalités de la Saskatchewan ont pris des mesures pour fournir des soins médicaux au moyen d'un médecin salarié qui est en même temps médecin hygiéniste. Au Manitoba un grand nombre de municipalités ont adopté des dispositions analogues. Le plan vise principalement à fournir des services médicaux.

Il est par conséquent évident que la meilleure méthode de fournir des services sanitaires constants a été déterminée par des essais dans différentes provinces. Soit au moyen de districts sanitaires principalement financés par les ministères de la Santé des provinces, soit au moyen de plus petites unités sanitaires auxquelles les municipalités locales accordent une plus grande aide financière, on est arrivé à organiser un personnel compétent et régulier d'hygiène publique.

Le nombre de services sanitaires permanents au Canada

Dans quelle mesure le Canada est-il pourvu de services sanitaries permanents? Pour répondre à cette question, la *Canadian Public Health Association*, à la requête du Conseil de salubrité fédéral, a fait en 1938 un relevé de toutes les municipalités, y compris les grandes villes. Il appert que quatre-vingt-cinq collectivités, embrassant environ 50 p. 100 de la population approximative du Canada, emploient un officier de santé permanent. Les chiffres figurent à l'appendice (tableau 1). Comme on devait s'y attendre, la plus grande partie de la population desservie dans toutes les provinces, sauf Québec, l'Ile du Prince-Edouard et le Nouveau-Brunswick, est une population urbaine. La proportion dans les autres provinces, desservie par des services permanents, est insignifiante et forme 6 p. 100 ou moins du total. Malgré l'addition d'unités permanentes dans la province de Québec et dans plusieurs autres provinces, et malgré que quelques

villes aient été ajoutées à la liste des municipalités urbaines possédant des services permanents, les chiffres de ce tableau représentent en quelque sorte la situation actuelle.

On voit donc qu'environ la moitié de la population du Canada n'a pas de service sanitaire permanent et que de grandes parties du pays sont privées des services essentiels à la préservation de la santé. On peut y remédier par l'emploi d'unités sanitaires permanentes. Malheureusement, les municipalités locales sont incapables d'organiser ces unités qui exigent la direction et l'appui financier des ministères provinciaux de la Santé.

III

LE PRATICIEN DOIT DISPENSER DES SERVICES PRÉVENTIFS ET CURATIFS, ET IL LUI FAUT L'AIDE D'UN SERVICE LOCAL D'HYGIÈNE

En plusieurs occasions, la *Canadian Public Health Association* a exprimé le désir de voir le médecin de famille assumer, au bénéfice de ses clients, certains services préventifs dont quelques-uns sont dispensés par les bureaux de santé. Notre Association est convaincue que la responsabilité du maintien de la santé et de la prévention des maladies doit être partagée par le praticien général dont les fonctions professionnelles s'exercent au niveau fondamental de la société, c'est-à-dire au niveau familial.

Comme les mesures de prévention peuvent perdre leur efficacité si elles ne sont pas prises immédiatement, le praticien général, qui est le premier à connaître l'état du malade, aura nécessairement une part très importante au succès ou à l'insuccès des mesures préventives appliquées. C'est donc lui qui est le mieux en position de mettre les choses en marche le plus tôt possible, soit par ses soins particuliers, soit avec l'aide d'experts, afin d'enrayer le plus rapidement et le plus efficacement possible les maladies qu'il découvre. Jusqu'ici, le praticien général n'a pas toujours saisi l'occasion ou accepté la responsabilité, qui se présentaient, d'une manière efficace ou pratique. Il y a évidemment des raisons à cela, et on les supprimerait en intégrant dans l'assurance-maladie la pratique de la médecine préventive. Sous le régime actuel de la pratique privée, le praticien général hésite à conseiler des services de prévention qui lui vaudraient un bénéfice financier personnel. Autrement dit, il n'aime pas à imposer à la famille un fardeau supplémentaire pour des soins médicaux qu'elle ne lui a pas expressément demandés. Souvent, les clients du praticien général ne connaissent pas assez la valeur de ces soins pour les lui demander et les lui payer volontiers. Sous le régime de l'assurance-maladie, le médecin sera rémunéré pour les services de prévention qu'il aura dispensés. Une autre raison, c'est que les médecins de famille ne se rendent pas toujours compte des possibilités que leur offrent les mesures de prévention.

Le travail présenté par la *Canadian Medical Association* donne les grandes lignes d'un système de ce genre pour l'extension des services des médecins de famille. Le médecin de famille peut et doit accorder aux femmes enceintes une surveillance suffisante, aussi bien que les aider durant leurs couches. En plus de sauvegarder la santé de la mère et du bébé, il doit continuer d'être le conseiller médical de la famille, maintenir une surveillance attentive sur les enfants d'âge préscolaire et scolaire, et, si cela est possible, poursuivre cette surveillance même durant l'adolescence et à l'âge adulte. Comme le dit la *Canadian Medical Association,* "c'est la famille qui doit être prise comme unité."

Si l'on fait dispenser par le médecin de famille une plus grande mesure de services préventifs, il faut trouver un moyen approprié de le rémunérer. Il lui serait beaucoup plus facile de dispenser ces services s'il était rémunéré à tant par

client. Nous parlons ici de la question d'argent parce que, de l'avis des autorités de l'hygiène publique, il ne serait pas pratique de payer les médecins selon des taux appropriés à chaque service dispensé; cela pourrait nuire à la prévention même de la maladie et de l'infirmité.

Relations du praticien médical et du service local d'hygiène

Pour que le praticien général dispense ces services, il faut qu'il existe un service local d'hygiène bien organisé. Et il faut, pour que l'on puisse instituer un bon plan d'hygiène, maintenir des relations les plus étroites possible entre le praticien et le bureau officiel de l'hygiène. Certaines mesures préventives, telles que le service médical des écoles, les épreuves à la tuberculine, les examens aux rayons-X et le traitement des maladies vénériennes peuvent être prises, d'une manière plus économique et plus commode, par des cliniques ou d'autres organismes de groupes, organisés par le ministère de la Santé et les médecins pratiquants. Il y faut, de la part des médecins et du ministère, une parfaite compréhension des besoins et des ressources de la localité. Ce résultat ne peut s'obtenir que par une intime liaison entre le médecin hygiéniste et les médecins de la localité. Cette liasion assurerait le succès du programme d'hygiène local et permettrait de se rapprocher de l'objectif commun: la bonne santé de la population.

On comprend tout de suite que le ministère provincial, au moyen de son programme d'éducation, informe le public des principaux services préventifs que le médecin de famille est prêt à assumer. C'est le seul moyen de faire fonctionner le plan en vertu duquel le médecin de famille servira de conseiller hygiéniste. Il est évident aussi que, dans le fonctionnement de ce plan où le praticien assumera des services préventifs essentiels, une autorité compétente devra surveiller ses initiatives. L'Association est d'avis que le médecin qualifié par une formation post-universitaire spécialisée est logiquement désigné pour assumer cette surveillance.

IV

DES SERVICES D'HYGIÈNE CONVENABLES DÉPENDENT DE LA DIRECTION ET DU CONCOURS FINANCIER DES MINISTÈRES PROVINCIAUX DE LA SANTÉ

L'Acte de l'Amérique britannique du Nord a prévu la fondation d'un gouvernement national, centralisé, et défini les responsabilités respectives du gouvernement fédéral et les gouvernement provinciaux. L'expression "hygiène publique" ne s'employait pas à cette époque. Ce n'est qu'en 1875 que le Parlement britannique adopta le *Public Health Act*, qui mit cette expression en valeur. L'Acte de l'Amérique britannique du Nord ne fait que de brèves allusions aux questions d'hygiène; il attribue au pouvoir fédéral la responsabilité du recensement et des statistiques, de la quarantaine et des hôpitaux maritimes tandis que l'établissement et l'entretien d'hôpitaux et d'asiles sont laissés aux autorités provinciales. Ceci semble impliquer que les services de traitements relèvent essentiellement des autorités provinciales.

Le premier bureau provincial d'hygiène au Canada a été établi en Ontario en 1884, trente-cinq ans avant la création d'un ministère fédéral de la Santé. Le *Public Health Act* de 1875, en Grande-Bretagne, a prévu des services d'hygiène dans toutes les localités, sous une autorité centrale, et obligé toutes les municipalités à nommer un médecin, faisant fonctions de médecin hygiéniste, et un inspecteur sanitaire. Les lois d'hygiène publique d'un certain nombre de provinces canadiennes contiennent des dispositions similaires, de sorte que le plan généralement suivi dans l'organisation des services locaux d'hygiène comporte la

nomination d'un bureau local d'hygiène, d'un médecin faisant fonctions de médecin hygiéniste et d'un inspecteur sanitaire. Les ministères provinciaux d'hygiène se sont développés rapidement depuis la fin de la dernière guerre. Le Nouveau-Brunswick a été la première province canadienne à nommer un ministre de l'Hygiène en 1917, et d'autres provinces ont suivi cet exemple. Cette mesure est importante, car l'Hygiène est ainsi représentée dans les cabinets provinciaux.

Programmes provinciaux d'hygiène

On peut envisager les programmes provinciaux d'hygiène, sous l'initiative des ministères provinciaux de l'hygiène, comme destinés aux rôles suivants: (*a*) direction, (*b*) consultation, (*c*) éducation, (*d*) service direct. D'une façon générale, ces programmes assureront des services préventifs et curatifs. La Loi sur l'hygiène et les autres lois avec leurs règlements prévoient l'établissement local d'unités convenables de services de santé publique, d'assainissement des environs, de lutte contre les maladies contagieuses, d'examen du lait et des autres denrées périssables, ainsi que des autres fonctions d'hygiène publique. Pour ce qui est des *services de direction*, le ministère provincial a la responsabilité de fixer des standards minima de compétence pour le personnel d'hygiène publique employé par les bureaux provinciaux et locaux pour les enquêtes sur les besoins des populations, le relevé et la compilation de données statistiques sur les naissances, les mariages, les décès et la morbidité. Enfin, le ministère provincial a la charge de distribuer les subsides provinciaux et fédéraux.

Pour les *services de consultation*, il est indispensable que le ministère dispose d'un personnel bien entraîné, afin de pouvoir donner des instructions relativement aux programmes de chaque localité, particulièrement en ce qui concerne les services hygiéniques de vidanges, d'égouts et d'aqueducs. Il faut que le personnel du ministère soit à la disposition des autorités locales en cas d'épidémies et, d'une manière générale, pour surveiller les services locaux. Il lui faut aussi aider à l'interprétation des lois.

Il faut attacher une grande importance aux *services d'éducation*, que l'on peut considérer comme des services d'information, portant sur la préparation et la diffusion des renseignements; on peut les considérer aussi comme un stimulant aux autorités locales et autres, pour les pousser à établir les services nécessaires —par exemple, l'établissement d'unités plus grandes pour l'administration locale, ou l'établissement de services d'infirmerie, de plans d'alimentation, etc.

Les *services directs* consistent en l'établissement par le ministère de laboratoires centraux et locaux pour l'examen gratuit des spécimens bactériologiques et autres. Il existe dans toutes les provinces un plan d'aide aux médecins pour le traitement de certaines maladies contagieuses par la distribution des vaccins et sérums indispensables à la prévention ou au traitement de la petite vérole, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, de la coqueluche, du tétanos et de la méningite épidémique. Dans plusieurs provinces, ces produits sont fournis gratuitement aux médecins, ainsi que l'insuline pour les diabétiques pauvres. Les cliniques de détection des maladies mentales, de la tuberculose, des infirmités, etc., constituent un autre service direct offert par les ministères provinciaux.

Pour ce qui est des *services de traitement*, les programmes d'hygiène des provinces prévoient l'internement des aliénés et des faibles d'esprit dans des maisons de santé, le traitement des tuberculeux au sanatorium, et le traitement des maladies vénériennes. Ils prévoient aussi le traitement des principales maladies contagieuses lorsqu'elles menacent de devenir épidémiques, comme la paralysie infantile, la méningite épidémique, etc. Dans certaines provinces, ces programmes prévoient aussi le traitement des cancéreux.

Ces programmes exigent des ressources financières suffisantes, une unité administrative locale d'un type approprié aux conditions géographiques et économiques, et un personnel compétent et suffisamment nombreux.

Si l'on fait la revue du progrès accompli au Canada par l'hygiène publique, on peut dire que les réalisations enregistrées jusqu'ici l'ont été pour la majeure partie par les ministères provinciaux de la Santé.

Insuffisance des programmes actuels

Jusqu'à quel point les gouvernements provinciaux ont-ils établi le genre de programmes provinciaux d'hygiène dont nous avons donné les grandes lignes et que nous considérons comme un minimum raisonnable?

On trouve une réponse, en partie, dans les dépenses consacrées par les gouvernements provinciaux aux "fins d'hygiène publique". Lors d'une étude de ces dépenses pour l'année 1937, faite à la demande du Conseil de salubrité fédéral, il a été établi que le fardeau supporté par les gouvernements provinciaux pour les frais d'hôpitaux était très lourd. Par suite de ces dépenses considérables, les sommes mises à la disposition des services d'hygiène provinciaux sont très restreintes; et si on les considère du point de vue de la dispensation des services préventifs, elles sont tout à fait insuffisantes. Ces renseignements sont fournis dans l'Appendice, aux tableaux II, III, IV et V.

Au tableau II, figurent les dépenses des provinces pour l'hygiène, les hôpitaux généraux et les asiles d'aliénés. Pour les neuf provinces, les dépenses totales se chiffrent à environ $22,000,000. De cette somme, $6,000,000 représentent les dépenses pour les services d'hygiène publique et $15,000,000, les dépenses des hôpitaux.

Le tableau III fournit des renseignements concernant les dépenses faites par chaque province pour les hôpitaux et les asiles d'aliénés. Ces renseignements donnent une idée de la dépense très considérable occasionnée par l'entretien des asiles d'aliénés, dépenses qui atteint 44 p. 100 de la somme totale de $22,000,000 pour fins d'hygiène.

Le tableau IV établit les dépenses des gouvernements provinciaux pour les services d'hygiènes, et donne séparément la dépense pour le traitement de la tuberculose. On remarquera que les frais occasionnés par la tuberculose équivalent aux dépenses totales de tous les autres services d'hygiène provinciaux. Sur un total d'environ $6,000,000, le traitement de la tuberculose en requiert $3,000,000.

Ces tableaux indiquent bien clairement que les frais d'hôpitaux constituent 84 p. 100 des dépenses totales effectuées par les provinces pour fins d'hygiène (asiles d'aliénés, 44 p. 100, hôpitaux publics, 27 p. 100 et sanatoriums pour tuberculeux, 13 p. 100) ce qui ne laisse que 16 p. 100 pour le maintien des services provinciaux d'hygiène. S'il est question de la dépense considérable pour le traitement de la tuberculose, laquelle est égale à toutes les autres dépenses des gouvernements provinciaux pour fins d'hygiène publique, ce n'est pas pour suggérer de dépenser moins d'argent en vue de diminution de cette maladie. On a démontré d'une manière très claire que la proportion des décès causés par cette maladie peut rapidement être réduite si un traitement gratuit est donné par les sanatoriums et si une campagne provinciale est entreprise pour la découverte des cas et l'examen des contacts. Dans l'Ontario, le nombre des décès attribuables à cette maladie est tombé de 3,484, en 1900, à 1,100, en 1941, en dépit de l'augmentation de la population qui était de 2,183,000 en 1900, et de 3,788,000 en 1941.

Le tableau V donne les dépenses estimatives qui peuvent être imputées à la prévention par opposition au traitement. Elles se chiffrent à environ $2,000,000, soit 9 p .100 de la dépense totale pour fins d'hygiène. Il est remarquable qu'une si faible proportion des dépenses fréquemment appelées "dépenses d'hygiène publique", soit appliquée à la prévention de la maladie, tant physique que mentale, et à la mise à exécution des programmes d'hygiène au moyen d'une connaissance plus étendue des régimes alimentaires, de meilleures conditions sanitaires, de meilleurs logements et autres exigences fondamentales d'hygiène. On reconnaît la nécessité d'augmenter les services préventifs, mais il est évident

qu'une plus grande assistance doit être accordée par l'intermédiaire des gouvernements provinciaux pour que ces services deviennent possibles. Comme il a été dit précédemment, le fardeau considérable des frais d'hôpitaux que doivent supporter les gouvernements provinciaux, ont empêché ces derniers de voter les sommes nécessaires à l'expansion des services de prévention par les services provinciaux d'hygiène. L'application de la médecine préventive a obtenu des succès signalés en réduisant le nombre des décès des mères et des enfants, mais encore une fois, les sommes mises à la disposition des divers services provinciaux d'hygiène sont si minimes que seules les grandes provinces sont en mesure de fournir une organisation convenable ayant à sa tête un personnel bien formé. L'hygiène alimentaire et l'hygiène industrielle sont des sujets que nous avons constamment devant les yeux aujourd'hui, néanmoins une seule province au Canada a une division d'alimentation, et les efforts faits en vue de l'hygiène industrielle ont été considérablement entravés par suite du manque de fonds.

On admet généralement aujourd'hui l'inefficacité des présents services d'hygiène préventive. Dans le mémoire soumis par la *Canadian Medical Association* il est dit:

> Le programme actuel de médecine préventive dans le pays est loin d'être suffisant. Notre principal travail jusqu'à présent a consisté dans le soin des maladies. Nous avons paré au manque de santé. A l'avenir, nous devrions insister davantage sur le développement de la santé, la médecine préventive et l'hygiène publique. Il est moins coûteux de prévenir une maladie que de la guérir. Nos progrès dans ce sens ont été constants et appréciables, mais beaucoup trop lents.
>
> Ces déclarations ne veulent pas dire que les services d'hygiène provinciaux, fédéraux et municipaux n'ont pas accompli un excellent travail. En réalité, ils ont fait beaucoup, souvent dans des circonstances très difficiles. Mais les résultats ont été bien inférieurs à ce qu'ils auraient pu être si l'on avait eu des fonds suffisants. Malheureusement, si dans le passé il y a eu de l'argent pour bien d'autres fins, il a été difficile d'obtenir des fonds suffisants pour réaliser des programmes efficaces de travail préventif et d'éducation publique en matière de santé.

C'est devant la situation qui existe actuellement quant aux services locaux d'hygiène, que nous nous rendons compte qu'il n'est pas possible de s'attendre à quelque changement des conditions d'insuffisance du moment, tant que l'aide pécuniaire ne sera pas assurée. Règle générale, les endroits qui ont le plus grand besoin d'un service efficace sont ceux qui peuvent le moins aider financièrement. A tout événement, ces endroits sont les moins susceptibles d'améliorer les conditions à moins qu'ils ne reçoivent de l'aide et des directives. Il est logique que cette aide et cette directive soient fournies par l'intermédiaire des gouvernements provinciaux. Il est évident que par suite des dépenses considérables entreprises par les gouvernements provinciaux pour les frais d'hospitalisation et autres, ces derniers sont forcés de restreindre l'assistance qu'ils accordent aux comités locaux.

On trouvera la solution dans les subventions accordées par le gouvernement fédéral aux gouvernements provinciaux pour leur permettre de supporter le fardeau de certaines maladies, telles que la tuberculose, le problème des maladies mentales, et d'aider financièrement les comités locaux de service d'hygiène.

V

RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL EN MATIÈRE D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Ce n'est qu'après la fin de la dernière guerre que le Parlement a créé un ministère de la Santé pour le Canada—le ministère des Pensions et de la Santé nationale. Avant 1919, les services d'hygiène étaient répartis entre divers ministères du gouvernement fédéral, l'Agriculture, la Marine, les Pêcheries et le Revenu de l'intérieur. Le ministère des Finances et la Commission de conservation étaient chargés du contrôle de la tuberculose. Un Conseil national d'hygiène fonctionnant sous l'égide de la Commission de conservation, conseillait les gouvernements fédéral et provinciaux en matière d'hygiène. La coordination faisait défaut. La *Canadian Medical Association* et la *Canadian Public Health Association* prièrent le gouvernement fédéral à diverses reprises de créer un ministère fédéral de la santé.

Aux termes de la loi établissant ce ministère en 1919, ses devoirs et ses pouvoirs s'étendent à "tous les sujets et questions ayant trait à la protection et à la conservation de la santé de la population du Canada", mais il y est dit expressément que le ministère n'exercera aucune juridiction ou contrôle sur les bureaux d'hygiène provinciaux ou municipaux, ni sur les autorités sanitaires agissant en vertu des lois d'une province. Dans le ministère de la Santé, le Canada a donc un ministère qui assume les responsabilités statutaires qui lui sont imposées par le Parlement et qui fournit aux provinces, par l'intermédiaire de ses divers services, les conseils techniques et autre assistance. La création du ministère a établi une relation intime entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux en matière d'hygiène, et dans ce développement, le Conseil de salubrité fédéral,—corps consultatif représentant les autorités médicales des provinces de concert avec d'autres délégués—a joué un rôle important. La création de ce ministère a donné un essor au développement de l'hygiène publique au Canada et chaque gouvernement provincial a agrandi et consolidé son propre service d'hygiène. Toutefois, tel qu'il est dit précédemment, les services d'hygiène locaux ont continué, règle générale, à ne pas être à la hauteur.

Les responsabilités du ministère fédéral de la Santé

Entre autres choses, le ministère fédéral s'occupe de la quarantaine maritime, de l'examen médical des immigrants, de l'assainissement des transports en commun, de l'application de la Loi des aliments et drogues, de la Loi des spécialités pharmaceutiques et médicaments brevetés, de la Loi concernant la lèpre, des articles de la Loi de la marine marchande du Canada qui ont trait aux soins aux marins malades ou blessés, ainsi que certains articles de la Loi des travaux publics. Une des fonctions les plus importantes du ministère est le maintien de la qualité des aliments et des drogues. La Loi des aliments et drogues du Canada est des plus complètes et un organisme compétent s'occupe de son application. Ce ministère est aussi chargé de la surveillance des sérums et vaccins, des vitamines et de certains produits glandulaires pour lesquels existent des étalons internationaux. Le Laboratoire d'hygiène s'occupe du contrôle de ces produits. Les recherches scientifiques relèvent également du Laboratoire d'hygiène, en vertu de la loi établissant le ministère. Le ministère de la Santé nationale coopère aussi avec le bureau fédéral de la statistique en lui fournissant les statistiques

démographiques du Canada. La responsabilité internationale du ministère comprend la quarantaine maritime, le contrôle des narcotiques et l'assainissement des eaux limitrophes internationales.

Bien que, ainsi que nous venons de le dire, la création de ce ministère ait eu pour effet de centraliser les divers services d'hygiène qui se trouvaient sous la juridiction d'autres ministères fédéraux, pour des raisons évidentes, l'application de la Loi des épizooties et de la Loi des viandes et des conserves alimentaires, lesquelles touchent de très près à l'hygiène publique, a été laissée au ministère de l'Agriculture. Le ministère des Mines et des Ressources s'occupe maintenant de l'hygiène des Indiens, y compris le contrôle de la tuberculose.

Subventions pour l'expansion des services d'hygiène

Selon une interprétation de l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, les gouvernements provinciaux sont chargés du traitement des maladies, mais l'ampleur du problème de certaines maladies, par exemple, les maladies mentales, la tuberculose, les maladies vénériennes, les faits considérer comme des problèmes nationaux. Lorsqu'on se rendit compte de la portée du problème des maladies vénériennes, à l'époque de la création du ministère des Pensions et de la Santé nationale, en 1919, des dispositions furent prises non seulement pour l'établissement d'un service pour le contrôle des maladies vénériennes, mais aussi pour la fourniture d'aide aux services provinciaux d'hygiène, en vue du maintien des cliniques. Une somme de $200,000 fut votée et distribuée annuellement aux ministères provinciaux durant un certain nombre d'années. Quoique les subventions aient pris fin et que le service des maladies vénériennes ait cessé d'exister en 1932, l'importance des subventions pour aider les provinces dans leurs travaux sanitaires essentiels, a été clairement démontrée. Il est encourageant de constater que des dispositions ont été prises, dans les crédits de cette année, pour le rétablissement des subventions relatives aux maladies vénériennes et au service du contrôle de ces maladies. Le lieutenant-colonel D. H. Williams a été nommé chef de cette division et a été chargé en même temps de diriger la lutte contre les maladies vénériennes dans les forces armées. Il est donc possible de mettre en œuvre un programme civil et militaire d'un océan à l'autre. C'est là un exemple de direction fédérale en santé publique, un genre de service que peut rendre le ministère fédéral et qui pourrait être imité avantageusement dans les autres domaines de la lutte contre les maladies contagieuses.

Le programme des subventions pour la lutte contre les maladies vénériennes devrait avoir plus d'envergure car l'extension des services de santé à toutes les localités nécessite des avances de fonds. Cet appui financier de la part du gouvernement fédéral devrait être mis à la disposition de toutes les provinces qui se conforment aux exigences raisonnables des autorités fédérales, sans tenir compte si la province donne effet ou non au plan d'assurance-santé.

L'exemple de la Grande-Bretagne prouve que les subsides pour fins de santé publique accordés par l'autorité centrale ont pour effet de faire consacrer plus d'argent à cette œuvre par les municipalités et qu'en conséquence la sphère des services est considérablement agrandie. En d'autres termes, les municipalités n'ont pas dépensé moins, mais elles ont contribué davantage, par suite des subventions gouvernementales. Aux Etats-Unis, les avances de fonds sous le régime de la Loi de sécurité sociale de 1937 ont eu pour effet de donner un vigoureux essor aux services de santé publique dans tous les Etats. Ce qui est remarquable c'est que les avances de fonds aux Etats ont eu pour résultat de faire augmenter considérablement les affectations de dépenses des états et des municipalités pour la santé publique. On ne peut prétendre que l'assistance fédérale ait amoindri la participation de l'état à l'hygiène publique ni ait réduit les dépenses municipales à cet égard. La participation fédérale a permis d'instituer des programmes d'action dans chaque état et a prouvé que c'était la seule manière d'attaquer le problème—à savoir sur une base nationale.

VI

L'ADMINISTRATION DE L'ASSURANCE-SANTÉ ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'exemple de la Grande-Bretagane prouve le grand avantage de confier l'administration de l'assurance-santé à la direction conjointe de l'autorité centrale et des autorités locales de l'hygiène. Quand le ministère de la Santé a été créé en 1919, des dispositions ont été prises pour établir des relations intimes entre l'administration de la santé et celle de l'assurance-santé. On y est arrivé en confiant l'administration de l'assurance-santé non seulement en Angleterre et dans le Pays de Galles, mais aussi en Ecosse et en Irlande du Nord, à une commission mixte d'assurance qui fonctionne à son tour par l'entremise de la division de l'assurance du ministère de la Santé.

Le plan proposé à votre Comité par les sous-ministres de la Santé propose de confier l'administration à une commission d'assurance-santé ou à un ministère provincial de la Santé. La *Canadian Public Health Association* approuve la recommandation voulant que le choix d'administration soit accordé aux provinces. Dans le cas où l'administration serait confiée aux ministères de la Santé des provinces, les sous-ministres recommandent la création d'une division distincte et le choix d'un directeur compétent. Dans le cas où l'administration serait confiée à une commission, ils recommandent qu'elle soit composée de trois à cinq membres rémunérés. Dans l'un ou l'autre cas, il devrait y avoir un bon comité consultatif de l'assurance-santé dans chaque province, composé de représentants de tous les groupes intéressés dans l'assurance-santé. La *Canadian Public Health Association* approuve ces recommandations et estime que l'administration par une division d'assurance-santé d'un ministère provincial de la Santé permet de mieux combiner les intérêts de l'assurance-santé et de la santé publique.

La manière d'établir les services convenables d'hygiène dont nous avons besoin d'un bout à l'autre du Canada a été soigneusement étudiée par les ministères provinciaux de la Santé. Ils ont communiqué leurs vues au Comité des services locaux permanents de santé de la *Canadain Public Health Association.* L'association est donc en mesure de vous soumettre maintenant un sommaire des plans présentés par chaque ministère provincial de la Santé. Pour desservir les régions autres que les villes autonomes et les districts métropolitains, il faudra 250 unités sanitaires. Ces unités demandent environ 400 médecins spécialement au courant de l'hygiène publique, 1,500 infirmières de santé publique, et 500 inspecteurs sanitaires avec des employés de bureau et autre personnel technique. Les frais ne dépasseront pas $8,000,000. Les dépenses actuelles dans les régions rurales pour les services fournis par les 84 unités que nous avons en ce moment sont d'environ $1,500,000. Trente-cinq unités urbaines, embrassant les zones sanitaires métropolitaines, fourniraient leurs services à tous les grands centres de population. De cette manière il n'y aurait aucune partie du Canada sans service de santé publique.

Dans le plan d'administration proposé à l'appendice B qui constitue la Loi provinciale d'assurance-maladie, le paragraphe (1) de l'article 42 répartit la province en "régions de santé publique" et en "régions d'assurance-maladie" et le paragraphe (2) du même article établit une administration unique de tous les services sanitaires publics et d'assurance-maladie. Ces dispositions, ainsi que celle du paragraphe (3) de l'article 42 sur les éléments à considérer dans la répartition d'une province en régions de santé publique et régions d'assurance-maladie, ont l'entière approbation de la *Canadian Public Health Association,* attendu qu'elles concourent à l'unification essentielle de ces services. Il est ainsi possible de maintenir des relations intimes entre les médecins, les hôpitaux et les ministères de la Santé et réaliser des économies dans l'administration.

VII

LA COMPÉTENCE DES OFFICIERS DE SANTÉ, DES INFIRMIÈRES ET DE TOUT LE PERSONNEL EST INDISPENSABLE AUX SERVICES D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Il est de la première importance de choisir un personnel bien entraîné pour servir dans les divisions de la santé publique. Il est reconnu qu'un médecin hygiéniste est un spécialiste en ce qui concerne les aspects médicaux de la santé publique et qu'il doit suivre des cours supplémentaires et acquérir de l'expérience pour diriger efficacement les programmes d'hygiène publique. Pareillement, il est nécessaire que les infirmières et le reste du personnel suivent des cours et reçoivent une formation spéciale en hygiène publique.

L'expérience des Etats-Unis et du Canada dans le choix de médecins ayant suivi des cours spéciaux en hygiène publique démontre qu'il est nécessaire d'aider ces médecins au moyen de bourses. Les cours supplémentaires durent de huit mois à un an. Pour permettre aux médecins de suivre ces cours spéciaux, on a trouvé qu'il était nécessaire de les aider, car les cours de medecine et l'internat prennent au moins six ans et les élèves n'ont guère de chances pendant ce temps d'accumuler des ressources pour suivre des cours supplémentaires. On doit tenir compte que les docteurs qui embrassent la carrière de la santé publique sont moins payés que leurs collègues qui font de la pratique, surtout les spécialistes. Attendu qu'ils se consacrent à la santé publique et qu'ils sont moins bien payés, il est raisonnable que l'Etat les aide à suivre les cours de santé publique. Il devrait être également possible d'aider les infirmières diplômées et les ingénieurs sanitaires à suivre les cours nécessaires, et il faut en faire autant pour les inspecteurs sanitaires si on veut en avoir de bons.

Le gouvernement fédéral devrait prendre des dispositions pour se procurer un personnel compétent de santé publique s'il veut que l'argent dépensé en services sanitaires locaux rapporte de bons dividendes.

VIII

L'IMPORTANCE DES RECHERCHES MÉDICALES POUR L'ASSURANCE-MALADIE

Quand l'assurance-maladie a été établie en Grande-Bretagne en 1911, il a été stipulé qu'une petite partie de la prime annuelle de chaque contributeur serait versée dans un fonds affecté aux recherches médicales. Grâce à cette sage précaution, le Conseil des recherches médicales de la Grande-Bretagne a été créé, l'Institut national pour les recherches médicales organisé, et les recherches médicales ont fait de grands progrès dans les Iles britanniques. Avec les ans, les fonds ont été augmentés, ce qui prouve amplement combien on reconnaît la valeur de cette mesure.

Le gouvernement du Dominion ne prend guère de dispositions pour encourager les recherches médicales dans les universités et les hôpitaux du Canada, sauf l'octroi de quelques petites sommes ces dernières années par l'entremise du Conseil national de recherches du Canada. Les travaux du Comité associé des recherches médicales, organisé au sein du Conseil national de recherches juste avant la guerre, a démontré l'importance de donner l'exemple dans ce domaine, en même temps que la nécessité de consacrer plus de fonds aux recherches. Ce sera certainement une grande lacune si la Loi sur l'assurance-maladie ne contient pas de dispositions pour assurer des fonds aux recherches médicales. Ce n'est que par les progrès de nos connaissances que nous pourrons traiter et prévenir plus efficacement les maladies et rendre l'assurance-santé économiquement possible et efficace et lui faire atteindre son but d'améliorer la santé du public canadien.

IX

SOMMAIRE

Le plan d'assurance-santé esquissé par la *Canadian Public Health Association* envisage:

1. Les avantages de l'assurance-santé pour tous les citoyens du Canada;

2. L'établissement de services sanitaires locaux adéquats pour toutes les localités avec des docteurs, des dentistes et des infirmières, et de bureaux de santé locaux permanents;

3. La famille comme une unité; celle-ci recevrait des soins permanents et des traitements en cas de besoin, par les médecins de son choix, avec des facilités adéquates de diagnostic et les services de spécialistes pour aider le médecin de famille. (Pour la premnière fois dans un plan d'assurance-santé le médecin de famille donnerait des conseils et prescrirait des mesures prophylactiques, attendu qu'il serait rémunéré pour ses services préventifs aussi bien que pour ses services curatifs);

4. L'administration de l'assurance-santé du point de vue fédéral par l'entremise d'une division de l'assurance-santé dans le ministère de la Santé nationale, la direction du ministre de la Santé, ce qui permettrait le développement de l'assurance-santé et de la santé publique au moyen d'un plan coordonné et efficace;

5. L'administration de l'assurance-maladie à l'échelon provincial au moyen d'une Commission de l'assurance-maladie ou, de préférence, au moyen d'une Division de l'assurance-maladie au ministère provincial de la Santé, de manière à assurer la plus étroite coordination possible du travail en vue de l'établissement d'un vaste programme d'hygiène;

6. L'administration de l'assurance-maladie et de l'hygiène publique sur le plan local au moyen d'une division appropriée des provinces en districts ou régions dotés d'unités sanitaires permanentes pour dispenser les services d'hygiène du ministère et pour administrer l'assurance-maladie dans le district;

7. Les subventions aux gouvernements provinciaux en vue d'aider à résoudre les problèmes que posent au pays la tuberculose, les maladies vénériennes, les maladies mentales, et afin d'aider à établir des unité sanitaires permanentes dans toutes les parties de toutes les provinces. Cela devra se faire soit comme partie du système de l'assurance-maladie, soit indépendamment de ce système, selon les besoins;

8. La création de bourses d'études pour la formation du personnel de l'hygiène publique, y compris les médecins, les infirmières, les ingénieurs sanitaires et les inspecteurs sanitaires;

9. Meilleures facilités de recherches médicales au Canada.

C'est tout, monsieur le président. Le président de l'Association, le docteur Groulx, va maintenant présenter un résumé en langue française.

Le docteur ADÉLARD GROULX est appelé.

(Texte)

L'IMPORTANCE DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE EN ASSURANCE-SANTÉ NATIONALE

Un projet soumis au Comité spécial de sécurité sociale de la Chambre des communes par la "Canadian Public Health Association", mai 1943, Dr Ad. Groulx

LA "CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION"—SON ORGANISATION ET SON BUT

La *Canadian Public Health Association* a été organisée par une charte du Dominion en 1912. C'est une société professionnelle qui représente ceux qui servent la santé publique dans les services officiels ou les organisations volontaires. Ses membres se recrutent parmi quelque 1,900 médecins qui servent comme officiers médicaux de santé à travers tout le Canada, parmi les dentistes, les infirmières et les ingénieurs et parmi les membres d'autres corps professionnels entraînés qui servent dans ce secteur. Durant les trente années de son existence, les chefs de file les plus en vue dans le domaine de l'hygiène publique ont servi comme officiers.

Conséquemment, la "C.P.H.A." considère qu'elle parle au nom de ceux qui connaissent le mieux la situation actuelle des services de santé publique de tout le Dominion. La *Canadian Public Health Association* a fermement insisté sur les *besoins d'une assurance-santé* et a réaffirmé son opinion au sujet de la *nécessité d'un plan national* dans la résolution suivante qui fut adoptée au 31e congrès de l'association, tenu à Toronto, au mois de juin 1942:

"Attendu que le Canada a un besoin urgent de fournir un service général plus adéquat en médecine, en art dentaire et en nursing,

"Et que le système d'une assurance-santé obligatoire et à laquelle l'intéressé contribue, a fait ses preuves en Angleterre et dans d'autres pays,

"Et que cette association croit que dans tout programme d'assurance-santé il est essentiel de pourvoir d'une façon adéquate aux services de prévention.

"Il est résolu que cette association endosse le principe de l'assurance-santé nationale et insiste pour que les mesures de services de prévention soient une partie essentielle de ce programme."

LE BUT DE CE PROJET

Le but de ce projet est de montrer:

1. Que les services de médecine préventive sont essentiels au succès de l'assurance-santé;

2. Que toutes les parties du Canada doivent avoir des services locaux de santé adéquate;

3. Que le médecin praticien doit donner des services au double point de vue de la prévention et du traitement; et que, pour s'acquitter de ses services, il doit recevoir l'assistance d'un service de santé local adéquat;

4. Que les services de santé locaux comptent sur les ministères provinciaux de santé pour la direction et pour l'assistance financière;

5. Que les subventions du Gouvernement fédéral présentent une opportunité de faire face aux problèmes urgents de santé publique, particulièrement le contrôle de la tuberculose, le traitement des maladies mentales, le contrôle des maladies vénériennes et le développement de services locaux de santé adéquats dans tout le Dominion;

6. Qu'il est essentiel que l'assurance-santé et la santé publique fassent toutes deux partie de l'administration provinciale et locale;

7. Qu'une somme d'argent pour l'entraînement d'un personnel qualifié en hygiène publique est d'une importance fondamentale;

8. Que l'usage d'une partie des fonds de l'assurance-santé nationale pour l'avancement des recherches médicales dans les universités ou dans les hôpitaux est d'une grande importance pour l'avenir de l'assurance-santé.

CONCLUSION

Le plan d'assurance-santé recommandé et esquissé par la *Canadian Public Health Association* représente:

1. Les bénéfices de l'assurance-santé accordés à chaque citoyen du Canada sans égard pour le statut économique.

2. L'organisation de services de santé locaux pour chaque localité avec officier médical à temps complet.

3. La famille comme *une unité* qui recevrait une surveillance continuelle au point de vue santé et le traitement s'il est requis, par le médecin de son choix; avec des facilités adéquates de diagnostic et les services de spécialistes pour assister le médecin de famille.

   Pour la première fois dans n'importe quel plan d'assurance-santé le médecin de famille pourra donner des conseils et indiquer des mesures de prévention de la maladie, attendu qu'il sera payé pour ces services, exactement comme le paiement est fait pour des services thérapeutiques.

4. L'administration de l'assurance-santé au point de vue *fédéral* par l'intermédiaire d'une Division de l'assurance-santé dans le ministère de la Santé nationale, sous la juridiction d'un ministre.

   Cela permettrait le développement de l'assurance-santé et de la santé publique dans un plan coordonné et efficace.

5. L'administration de l'assurance-santé au point de vue *provincial* par l'intermédiaire d'une Commission d'assurance-santé, ou plutôt, par l'intermédiaire d'une Division de l'assurance-santé bien organisée dans le ministère provincial de Santé.

   Cela permettrait un rapport plus étroit dans l'élaboration d'un grand programme de santé et assurerait le rendement de l'assurance-santé.

6. L'administration de l'assurance-santé et de la santé publique au point de vue *de la localité* par l'intermédiaire de la division appropriée de chaque province en districts ou régions organisés comme des unité sanitaires à temps complet pour fournir localement les services nécessaires à la santé et pour l'administration locale de l'assurance-santé.

   De cette menière les services pourraient donner leur maximum de rendement avec une plus grande économie.

Pour la réalisation de ce plan, des montants devraient être réservés pour aider les gouvernements provinciaux dans leurs programmes de contrôle de

certains problèmes nationaux comme la tuberculose, les maladies vénériennes et les maladies mentales et pour permettre l'établissement d'unités sanitaires à temps complet qui seraient en service partout dans chaque province.

En incluant une plus grande part de services de médecine préventive dans la pratique du médecin de famille, il faut réserver des sommes pour le paiement de ces services. Le paiement sur une base de tant par tête faciliterait grandement au médecin la tâche de rendre des services. On réfère à cette question du paiement dans ce projet seulement parce que, dans l'opinion des autorités en hygiène publique, le paiement sur une base d'honoraires pour chaque service rendu ne serait pas pratique et contreviendrait avec la conception fondamentale de la prévention de la maladie et de l'incapacité de travail.

Il est d'une importance capitale de réserver des sommes pour l'entraînement d'un personnel qualifié en hygiène publique, y compris les officiers médicaux de santé, des infirmières d'hygiène publique, des ingénieurs sanitaires et des inspecteurs sanitaires. Des bourses d'études en hygiène publique pour assister le personnel dans les cours de perfectionnement sont essentielles.

Enfin, il est essentielle au succès de l'assurance-santé de réserver des sommes qui rendront possibles les recherches médicales au Canada.

(Traduction)

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Groulx. A-t-on des questions à poser?

M. Hurtubise:

D. Le premier témoin a dit qu'il y a plus d'unités sanitaires dans la province de Québec qu'ailleurs. Le docteur Groulx pourrait-il nous dire comment, dans la pratique, le système a fonctionné? Il n'y a pas eu trop d'obstacles? Quels ont été les avantages de ce système pour le public?—R. Je n'en suis pas le surintendant provincial. Je suis nommé par l'organisme municipal de Montréal; il est donc naturel que je ne connaisse pas parfaitement l'organisation des unités sanitaires de la province. Il a été dit tout à l'heure que nous avons cinquante et une unités sanitaires dans la province de Québec, dirigées chacune par un médecin compétent n'ayant pas d'autre occupation. La plupart de ces médecins, je crois, ont été formés dans des universités américaines et canadiennes, à Toronto en particulier. Ils sont secondés par un personnel régulier d'infirmières et d'inspecteurs sanitaires. Il y a, selon les circonstances, un ou deux inspecteurs sanitaires et le même nombre d'infirmières-visiteuses. A chaque unité est confiée la santé des populations d'un ou de deux comtés de la province. Je donne cette proportion sous réserve, car je n'ai pas de chiffres exacts. En tout cas, la santé générale, dans les comtés organisés de la sorte, s'est améliorée. Les résultats obtenus sont très encourageants et comportent en plusieurs cas une diminution du taux de la mortalité; le résultat général, au point de vue de toute la province, c'est que les unités sanitaires ont fait beaucoup pour l'amélioration de la santé et la régression des diverses causes de mortalité, dans toute la province.

D. J'aimerais poser deux questions plus particulières. Avez-vous éprouvé de grandes difficultés à trouver le personnel nécessaire, médecins, infirmières, et autres? Et voici ma seconde question: quelle sorte de coopération le public vous accorde-t-il? Comprend-il l'œuvre de l'unité, et veut-il y participer?—R. Je crois pouvoir répondre à ces deux questions. Le ministère de la Santé n'a actuellement aucune difficulté à trouver le personnel requis, médecins, infirmières et inspecteurs. Comme je vous l'ai déjà dit, avant de prendre la direction d'une unité, le médecin est envoyé dans une université pour suivre un cours de perfectionnement en hygiène publique; il en est de même pour les infirmières, car le ministère reçoit de nombreuses demandes de gardes-malades. Pour ce qui est de l'état d'esprit de la population, je le crois favorable. Comme je l'ai dit à Toronto, l'automne

dernier, il existe une loi permettant à l'autorité provinciale d'imposer une unité sanitaire à un comté; mais il n'a jamais été nécessaire d'y recourir, car les unités sanitaires sont en telle demande que le ministre ne peut en créer suffisamment. Je crois que cette organisation fonctionne très bien, maintenant, et qu'elle sera bientôt complète. Nous nous efforçons d'organiser l'île de Montréal sur la même base que les districts sanitaires de la campagne.

Le vice-président:

D. La province de Québec ne contribue-t-elle pas aux frais de spécialisation des médecins qui doivent être placés à la tête des unités sanitaires?—R. Le docteur Defries pourra peut-être répondre mieux que moi, mais je crois que des subventions sont versées par la province, et d'autres par les laboratoires Connaught.

Le VICE-PRÉSIDENT: Docteur Phair, voudriez-vous répondre à cette question?

Le Dr PHAIR: Je propose que le docteur Defries réponde, en raison de ses relations avec le centre de formation.

Le Dr DEFRIES: La fondation Rockefeller a mis des bourses à la disposition des ministères provinciaux de la Santé, dans tout le Canada. Cent neuf de ces bourses ont été accordées, et ont servi à former des médecins dans les différentes provinces. Les laboratoires Connaught, à l'Université de Toronto, ont également fourni leur concours. Une cinquantaine de bourses ont complété celles de la fondation Rockefeller. Les ministères provinciaux se sont également efforcés de faciliter les stages de leurs hygiénistes. Nombre de ceux qui sont venus avaient reçu des bourses et presque tous avaient reçu quelque assistance, sous la forme d'une partie de leur traitement, ou d'un congé d'étude. Sans cette assistance, il eût été difficile à beaucoup de médecins de se procurer une formation post-universitaire.

M. LECLERC: Je crois pouvoir répondre à votre question, dans une certaine mesure. La collaboration du public donne de très bons résultats dans la province de Québec. Quand j'étais maire de ma ville, nous avons organisé une unité sanitaire. Nous avions un médecin très dévoué. Il prenait sa tâche à cœur. Le gouvernement lui a fait faire plusieurs voyages d'étude, dans des universités américaines, et de la sorte il a suivi des cours post-universitaires qui l'ont tenu éloigné pendant plusieurs mois. Le public a coopéré dans la proportion de 100 p. 100.

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

M. MCGARRY: Le mémoire du docteur Defries, à la page 9, deuxième paragraphe, traite de l'insuffisance du programme actuel et de l'insuffisance de l'hospitalisation dans les cas relevant des hôpitaux généraux, des asiles mentaux et des sanatoriums pour tuberculeux. Je me demande s'il vaudrait la peine de prévoir un hôpital pour convalescents. Je crois que cela contribuerait à combler l'insuffisance des hôpitaux, sans imposer de frais supplémentaires aux souscripteurs de ce programme conjoint d'hospitalisation nationale. Je me demande si on y a pensé.

Le VICE-PRÉSIDENT: Docteur Phair, voudriez-vous répondre à cette question?

Le Dr PHAIR: Messieurs, je crois que tout le monde apprécie le plan en vertu duquel une partie de la charge actuellement supportée par l'hôpital général serait assumée par un hôpital de convalescents, qui pourrait fonctionner, de l'avis commun, d'une manière beaucoup plus économique.

Si nous n'avons pas inséré un pareil projet dans notre mémoire, c'est que le comité de notre association désire surtout insister sur l'opportunité du service préventif. Mais l'association approuve entièrement le principe d'un hôpital pour convalescents.

M. FULFORD: Monsieur le président, la collaboration de l'association médicale locale avec les officiers du service d'hygiène a-t-elle comporté quelque difficulté? Voici pourquoi je pose cette question: je connais une localité où les membres de l'association médicale refusent se signaler les cas de maladies contagieuses aux médecins du service d'hygiène parce qu'ils ne les aiment pas personnellement.

Le Dr PHAIR: La situation signalée par M. Fulford peut se produire. Dans les petits centres, le médecin qui remplit les fonctions d'officier du service d'hygiène en service discontinu est en concurrence avec ses collègues dans la pratique de la médecine curative, et, comme on l'a déjà dit, il risque de s'aliéner certaines personnes de la localité lorsqu'il doit recourir à des mesures disciplinaires. Mais il est mieux connu de ses collègues que l'hygiéniste d'un plus grand centre et qui peut être presque parfait dans ses relations personnelles. Je parle de la province d'Ontario. Je suppose que la situation est la même dans d'autres provinces. Une situation comme celle que M. Fulford a décrite peut se produire dans une localité, et le médecin peut négliger de signaler des cas de maladies contagieuses. Le Comité ne doit pas supposer que c'est une pratique générale, mais elle peut exister, dans le programme général, et entraver cette partie du travail.

M. FULFORD: Admettez-vous que l'application de l'assurance-maladie et la nomination de médecins hygiéniste en service continu feront disparaître ce défaut de collaboration?

Le Dr PHAIR: C'est vrai; il disparaîtrait.

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

M. VENIOT: Le résumé signale que la *Canadian Public Health Association* préfère l'administration provinciale, par l'organe du ministère de l'Hygiène, à la gestion par une commission. Le docteur nous exposerait-il les raisons de cette préférence?

Le Dr PHAIR: L'association porte un égal intérêt aux procédés préventifs qui sont essentiels à l'application d'un bon programme d'hygiène et aux procédés curatifs. Tous les membres représentatifs de la profession médicale désirent une étroite liaison entre ces deux parties du programme. Et la façon la plus simple et la plus expéditive d'obtenir un maximum de liaison et de collaboration des deux services est de confier l'administration de l'un et de l'autre à la même personne, qui serait le ministre de la Santé de la province intéressée.

M. VENIOT: Puis-je ajouter une autre question? Que pensez-vous de la méfiance exprimée dans certains milieux à l'égard de l'ingérence politique dans l'exécution d'un programme d'assurance-maladie, si l'administration en est confiée au ministère de la Santé?

Le Dr PHAIR: Je ne pourrais ni ne voudrais répondre à cette question. La possibilité d'un inconvénient de l'ingérence politique si l'administration est confiée au ministre de l'Hygiène me frappe de la manière suivante: ce ne serait qu'une manifestation du désir du gouvernement de rivaliser avec les provinces pour développer les engagements assez importants qu'il a déjà pris.

Le VICE-PRÉSIDENT: Je suppose que le Comité désire faire insérer au compte rendu les appendices qui figurent à la fin du mémoire du docteur Defries?

Quelques MEMBRES DU COMITÉ: Oui.

Le VICE-PRÉSIDENT: Je suis sûr de traduire les sentiments de tout le Comité en remerciant très sincèrement le docteur Defries, le docteur Groulx et leurs collègues, ainsi que l'association qu'ils représentent, pour l'admirable mémoire qu'ils nous ont présenté aujourd'hui. Ce mémoire sera certainement très utile au Comité dans l'étude du sujet si important de la sécurité sociale. Je vous remercie vivement.

Nous allons nous ajourner jusqu'à mardi de la semaine prochaine.

Le Comité s'ajourne, pour se réunir de nouveau le mardi 25 mai, à onze heures du matin.

TABLEAU I

SERVICES LOCAUX D'HYGIENE†, À SERVICE CONTINU AU CANADA EN 1938, PAR PROVINCES

Province	Evaluation de la population	Services continus			Population desservie			Pourcentage de la population totale		
		Total	Urbains	Ruraux	Total	Urbaine	Rurale	Total	Urbaine	Rurale
Colombie-Britannique	761,000	6	2	4	397,305	354,823	42,482	52·0	46·5	5·5
Alberta	783,000	4	2	2	209,774	174,613	35,131	26·7	22·2	4·5
Saskatchewan	941,000	2*	2	0	95,502	95,502	.....	10·1	10·1	.....
Manitoba	720,000	4*	3	1	280,554	256,286	24,268	38·9	35·5	3·4
Ontario	3,731,000	14	13	1	1,501,890	1,408,690	93,200	40·2	37·9	2·4
Québec	3,172,000	42	5	37	2,362,321	1,131,694	1,230,627	74·6	35·8	38·8
Nouveau-Brunswick	445,000	10	.....	.....	445,000	.....	.....	100·0	.....	.....
Nouvelle-Ecosse	548,000	2	1	1	203,000	70,000	133,000	37·0	12·8	24·2
Ile du Prince-Edouard	94,000	1	.....	.....	94,000	.....	.....	100·0	.....	.....
CANADA	11,195,000	85	.....	.....	5,589,316	.....	.....	50·0	.....	.....

† Médecin hygiéniste en service continu.
* A l'exclusion des médecins municipaux.

TABLEAU II

DÉPENSES DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX POUR SERVICES D'HYGIÈNE ET HÔPITAUX EN 1937

Province	Population	Hygiène provinciale	Hôpitaux provinciaux	Dépense totale hygiène et hôpitaux	Dépense par tête
		$ c.	$ c.	$ c.	$ c.
Ile du Prince-Edouard	93,000	85,160 40	100,214 00	185,374 49	1 99
Nouvelle-Ecosse	542,000	421,553 23	588,253 17	1,009,806 40	1 86
Nouveau-Brunswick	440,000	306,060 00	99,186 00	405,246 00	92
Québec	3,135,000	1,294,428 20	3,145,718 36	4,440,146 56	1 42
Ontario	3,711,000	1,833,187 50	4,922,819 65	6,756,007 15	1 82
Manitoba	717,000	396,864 31	1,150,498 00	1,547,362 31	2 16
Saskatchewan	939,000	596,408 00	1,933,040 00	2,529,448 00	2 69
Alberta	778,000	535,909 62	1,205,942 46	1,741,852 08	2 24
Colombie-Britannique	751,000	837,594 46	2,266,990 00	4,104 584 46	4 13
TOTAL	11,106,000	6,307,165 81	15,412,661 64	21,719,827 45	1 96

TABLEAU III

DÉPENSES DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX POUR HÔPITAUX GÉNÉRAUX ET MENTAUX EN 1937

Province	Population	Dépense pour hôpitaux généraux	Dépense pour hôpitaux mentaux	Total des dépenses hospitalières	Dépenses hospitalières par tête
		$ c.	$ c.	$ c.	$ c.
Ile du Prince-Edouard	93,000	10,000 00	90,214 00	100,214 00	1 08
Nouvelle-Ecosse	542,000	339,923 80	248,329 37	588,253 17	1 09
Nouveau-Brunswick	440,000	20,288 00	78,898 00	99,186 00	23
Québec	3,135,000	1,645,718 36	1,500,000 00	3,145,718 36	1 00
Ontario	3,711,000	1,457,099 88	3,465,719 77	4,922,819 65	1 33
Manitoba	717 000	289,565 00	860,933 00	1,150,498 00	1 60
Saskatchewan	939,000	623,040 00	1,310,000 00	1,933,040 00	2 06
Alberta	778,000	469,936 70	736,015 76	1,205,942 46	1 55
Colombie-Britannique	751,000	1,020,386 00	1,246,604 00	2,266,990 00	3 02
TOTAL	11,106,000	5,875,947 74	9,536,713 90	15,412,661 64	1 39

TABLEAU IV

DÉPENSES DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX POUR SERVICES D'HYGIÈNE EN 1937

Province	Population	Dépenses d'hygiène à l'exclusion de la tuberculose	Dépenses pour tuberculose	Total des dépenses d'hygiène	Dépenses d'hygiène par tête
		$ c.	$ c.	$ c.	$ c.
Ile du Prince-Edouard	93,000	46,968 86	38,191 63	85,160 49	0 92
Nouvelle-Ecosse	542,000	117,823 91	303,729 32	421,553 23	0 78
Nouveau-Brunswick	440,000	128,672 00	177,388 00	306,060 00	0 70
Québec	3,135,000	736,112 20	558,316 00	1,294,428 20	0 41
Ontario	3,711,000	1,075,784 75	757,402 75	1,833,187 50	0 49
Manitoba	717,000	234,511 31	162,353 00	396,864 31	0 55
Saskatchewan	939,000	291,600 00	304,808 00	596,408 00	0 64
Alberta	778,000	217,461 14	318,448 48	535,909 62	0 69
Colombie-Britannique	771,000	262,162 08	575,432 38	837,594 46	1 12
TOTAL	11,106,000	3,111,096 25	3,196,069 56	6,307,165 81	0 57

TABLEAU V

POURCENTAGE DES DÉPENSES POUR SERVICES D'HYGIÈNE PRÉVENTIVE DANS LA DÉPENSE TOTALE DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX POUR HYGIÈNE ET HÔPITAUX EN 1937

Province	Dépense totale pour hygiène et hôpitaux	Services préventifs (estimation)	Pourcentage de la prévention
	$ c.	$ c.	%
Ile du Prince-Edouard	185,274 49	13,060 00	7·0
Nouvelle-Ecosse	1,009,806 40	124,526 08	12·3
Nouveau-Brunswick	405,246 00	135,708 60	33·5
Québec	4,440,146 56	407,713 93	9·2
Ontario	6,756,007 15	562,051 30	8·3
Manitoba	1,547,362 31	127,141 00	8·2
Saskatchewan	2,529,448 00	210,955 00	8·3
Alberta	1,741,852 08	168,285 03	9·7
Colombie-Britannique	3,104,584 46	184,049 80	5·9
TOTAL	21,719,827 45	1,933,490 74	8·9

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

de la

SÉCURITÉ SOCIALE

En séance conjointe avec
le Comité spécial de la restauration et du rétablissement

et

le Comité sénatorial du rétablissement et de la sécurité sociale

---

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule nº 13

SÉANCE DU MARDI 25 MAI 1943

TÉMOIN:

Sir William Beveridge

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 25 mai 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit, conjointement avec le Comité spécial de la restauration et du rétablissement et le Comité sénatorial du rétablissement et de la sécurité sociale, à 10 h. 45 du matin, sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Adamson, Blanchette, Bourget, Bruce, Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Claxton, Cleaver, Diefenbaker, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gregory, Gershaw, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Leclerc, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), Macmillan, McCann, McGarry, McIlraith, Mayhew, Picard, Shaw, Slaght, Veniot, Warren, Wood et Wright—32.

Le président présente au Comité sir William Beveridge et lady Beveridge qui l'accompagne.

Sir William Beveridge adresse la parole au Comité et répond à de nombreuses questions.

Lady Beveridge, priée de prendre la parole, prononce une courte allocution.

Le sénateur Lambert, président du Comité sénatorial du rétablissement et de la sécurité sociale, remercie sir William et lady Beveridge au nom des trois Comités, pour l'obligeance qu'ils ont eue de venir témoigner.

M. J.-G. Turgeon, président du Comité parlementaire de la restauration et du rétablissement, exprime aussi les remerciements du Comité. Sir William Beveridge répond brièvement.

A midi et 20, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le jeudi 27 mai, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

le 25 mai 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit, conjointement et le Comité sénatorial du rétablissement et de la sécurité sociale, à 10 h. 45 du matin, sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Le PRÉSIDENT: Trois comités, le Comité sénatorial de la restauration, avec un comité auxiliaire de la sécurité sociale, et deux comités de la Chambre des communes, celui de la restauration et celui de la sécurité sociale, se réunissent ce matin en séance conjointe. Nous allons avoir l'honneur et le privilège très apprécié d'entendre sir William Beveridge, auteur du rapport bien connu qu'il a préparé pour le Gouvernement britannique. Sir William a consacré la plus grande partie de son illustre carrière à l'étude des questions du bien-être et à la préparation de plans pour améliorer la santé et accroître le bonheur de l'humanité.

Permettez-moi d'exprimer à sir William, de votre part, le grand plaisir que nous éprouvons de sa présence. Il a interrompu ce qui aurait été, autrement, des vacances nécessaires, pour nous faire profiter de son expérience et de ses conseils. Nous lui souhaitons, ainsi qu'à lady Beveridge, la plus chaleureuse bienvenue au Canada.

J'ai l'honneur et le plaisir de vous présenter sir William Beveridge.

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Monsieur Macmillan, sénateur Lambert, monsieur Turgeon, mesdames et messieurs, les mots me manquent pour dire combien ma femme et moi sommes sensibles au chaleureux accueil canadien qui nous est fait ici aujourd'hui.

On nous avait dit que nous aimerions notre voyage au Canada. Nous nous sommes donc empressés d'y venir, aussitôt que nous eûmes rempli nos devoirs de courtoisie à l'égard de nos premiers hôtes des Etats-Unis.

Je voudrais que nous puissions passer tout notre temps au Canada, et qu'il nous en reste pour visiter d'autres pays. Nous avons passé ici des heures extrêmement heureuses, et je sais que dans une demi-heure je me sentirai très heureux dans cette salle même. Je vais vous adresser la parole, pendant cette demi-heure, et vous inviter ensuite à me poser des questions, si vous le désirez.

Je suis particulièrement heureux d'avoir l'occasion de m'adresser, non pas à un seul comité, mais à trois, dont l'un ne s'occupe pas seulement de sécurité sociale, mais de restauration en général. Car je désire insister sur ce point que la sécurité sociale, ou l'assurance sociale, sujet du rapport que j'ai présenté au Gouvernement de Sa Majesté en Grande-Bretagne, il y a six mois, n'est qu'une partie d'un vaste programme de progrès social destiné à rénover la Grande-Bretagne après la guerre, et doit être traitée comme telle. Je dis qu'il faut construire une "nouvelle Grande-Bretagne" en résumant dans ces mots tout ce que nous désirons, en Grande-Bretagne. Nous ne voulons pas un autre pays que la Grande-Bretagne, nous aimons la Grande-Bretagne que nous avons connue et nous en sommes fiers, mais nous ne désirons pas que la nouvelle Grande-Bretagne soit exactement semblable à celle du passé. Il faut que ce soit une nouvelle Grande-Bretagne. Quand nous nous sentons mécontents, nous insis-

tons sur le terme "nouvelle" plutôt que sur le terme "Grande-Bretagne". Peut-être un parti politique met-il l'accent sur "nouvelle" et l'autre sur "Grande-Bretagne"; mais tous admettent que la "nouvelle Grande-Bretagne" doit être à la fois semblable à celle que nous avons connue dans le passé et quelque peu différente.

Pour réaliser les changements que nous souhaitons, il faut non seulement l'assurance sociale, mais un vaste programme de progrès social. L'assurance sociale, objet de mon rapport, est une offensive contre le Besoin. Elle est destinée à assurer à tout citoyen, pourvu qu'il rende service quand il le peut, un revenu suffisant, en tout temps, pour que ni lui ni les personnes à sa charge ne manquent de ce qui est matériellement nécessaire à une subsistance convenable. Voilà l'essentiel de mon rapport sur l'assurance sociale.

En vertu de ce plan, nul citoyen ne devra souffrir du besoin matériel faute d'un revenu suffisant dans les périodes où il ne peut gagner, pour raison de maladie, de chômage, d'accident, de vieillesse, ou pour toute autre cause. Mais, et ceci est l'un des premiers paragraphes de mon rapport, le Besoin n'est qu'un des cinq géants qui nous barrent la route de la restauration, l'un des cinq fléaux qu'il nous faut combattre pour édifier la "nouvelle Grande-Bretagne" désirée.

L'insuffisance du revenu n'est qu'un des cinq géants, et, à certains égards, le plus facile à attaquer et à tuer. Les quatre autres géants qui barrent la route de la restauration sont: la Maladie, l'Ignorance, la Malpropreté et l'Oisiveté. Permettez-moi d'exprimer brièvement ce que j'entends par ces mots. L'expression Maladie se comprend toute seule; et les moyens de combattre ce fléau sont connus. Il est possible, non pas de supprimer la maladie, mais de la combattre et de la diminuer. Le combat contre ce géant exige le développement de vastes services d'hygiène couvrant tous les besoins de tous les citoyens. Cela fait aussi partie de mon rapport.

Mon rapport ne propose pas seulement l'assurance pour fournir un revenu en argent quand les gains sont interrompus, mais, en vertu de contributions versées pendant la période de gain, le traitement médical, sous toutes ses formes, sans paiement en cours du traitement. Autrement dit, le traitement nécessaire, au foyer ou à l'hôpital, serait fourni sans rien faire payer au moment du traitement. Aucune barrière économique ne doit empêcher le citoyen de se porter aussi bien que la science le permet.

J'en viens au deuxième géant, l'Ignorance. Le combat contre l'ignorance implique un grand développement de l'instruction. Il exige, pour la Grande-Bretagne, des écoles meilleures et plus nombreuses. Il exige, ce qui est peut-être encore plus important à mes yeux, un grand développement de l'instruction des adultes, pour que les citoyens de la Grande-Bretagne ne cessent pas d'apprendre quand ils quittent l'école pour gagner leur vie. Beaucoup de choses s'apprennent mieux quand on est plus âgé, parce qu'alors on les comprend mieux. Le développement de l'instruction est essentiel aux démocraties, pour deux raisons. D'abord, une démocratie ne peut pas permettre l'ignorance parmi ses citoyens. La démocratie est fondée sur le vote intelligent des citoyens, ce qui dépend de l'instruction. Ensuite, la démocratie doit offrir une égale chance à tous les talents. Nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas utiliser tous les talents du pays. Il faut établir plus d'égalité dans les chances offertes à tous, à la fois pour que nous puissions utiliser leur talent et pour éviter la souffrance qu'entraîne l'inutilisation du talent. Le plus grand malheur est d'avoir des dons et de ne pouvoir les utiliser, ainsi qu'il arrive quand un garçon est contraint de travailler à une besogne inférieure à ses aptitudes. Il faut égaliser les possibilités de s'instruire.

J'en arrive maintenant au troisième géant, que j'ai appelé la Malpropreté. Je ne sais ce que vous entendrez par là. Mais j'entends par là le fléau des mauvais logements et des mauvaises conditions de vie, qui dérive principale-

ment de la croissance désordonnée de nos grandes villes. Nous souffrons de la croissance excessive de nos villes, qui ont grandi sans ordre et sans plan. De grandes parties de la population sont affligées de mauvais logements, de mauvaises conditions de vie, de saleté inutile, de travail inutile pour la maîtresse de maison, d'une perte d'énergie pour se rendre de la maison au travail. La lutte contre la malpropreté comprend d'une part la meilleure utilisation de nos villes et de nos campagnes, et d'autre part un programme de logement, un immense programme de construction.

Et j'aborde le dernier de ces cinq géants, l'Oisiveté. J'entends réellement par là le chômage prolongé. Vous verrez que je fais une distinction entre les fléaux du Besoin et de l'Oisiveté. Le besoin est une chose qu'on peut supprimer en donnant aux gens de quoi vivre; vous pouvez éviter que l'on meure de faim en fournissant des revenus à ceux qui sont malades, à ceux qui sont vieux, à ceux qui sont sans travail et aux victimes des accidents. Mais ce n'est pas en donnant de l'argent à ceux qui n'ont pas de travail qu'on arrive à combattre un chômage continuel comme celui dont nous avons souffert entre les deux guerres. Il faut faire plus que fournir de l'argent et prendre des mesures pour qu'il n'y ait pas de chômage prolongé de ce genre. Il est bon de distinguer entre le mal de n'avoir pas de moyens suffisants d'existence, que vous pouvez guérir par l'assurance sociale et qui est relativement facile à guérir, et le mal beaucoup plus grave et plus difficile du chômage universel, qui corrompt l'individu même quand il a des revenus.

Naturellement, il y a beaucoup à faire sous le rapport du rétablissement en dehors de la sphère domestique; il faut assurer la paix et rendre la guerre complètement impossible. Dans la sphère domestique, notre programme doit consister à attaquer les cinq maux que sont le Besoin, la Maladie, l'Ignorance, l'Oisiveté et la Malpropreté, et je puis vous assurer qu'on est en train de les combattre en Grande-Bretagne; je sais également qu'on s'en occupe sérieusement, dans la mesure où ils sont à combattre, au Canada.

Je suis venu pour vous parler de la Grande-Bretagne plutôt que du Canada, mais je tiens à dire un mot sur le rapport remarquable que le docteur Marsh a préparé pour vous sur la sécurité sociale. Le docteur Marsh me l'a envoyé. Je l'ai reçu, en Grande-Bretagne, vers le commencement de mars et j'ai été très surpris de voir qu'il faisait allusion au rapport Beveridge; par conséquent il avait été évidemment terminé après la publication du rapport Beveridge. Mais je ne pouvais pas comprendre comment un document de cette valeur, portée et longueur avait pu être préparé entre la publication du rapport Beveridge et le moment où il vous a été remis. Et cependant c'est ce qui est arrivé. Le docteur Marsh me paraît être un jeune homme d'une énergie extraordinaire et il a produit un rapport de première importance. Ce rapport, bien qu'il soit entièrement canadien et qu'il diffère du mien sous plusieurs importants aspects—entre autres celui de la compensation ouvrière et de la manière d'établir les prestations et les contributions sur une échelle graduée au lieu d'une échelle uniforme—propose un plan de sécurité sur une aussi grande échelle que celle que j'ai proposée en Grande-Bretagne dans mon rapport. Je ne crois pas que vous l'adoptiez dans son ensemble comme d'ailleurs la Grande-Bretagne n'acceptera pas l'ensemble du rapport Beveridge. Mais la Grande-Bretagne adoptera la plus grande partie du rapport Beveridge, j'en suis sûr, avec des mises au point et des variations convenables. J'espère que quelque chose comme le plan du docteur Marsh ou quelque chose de mieux, si vous pouvez trouver mieux, sera mis en vigueur dans votre pays comme je pense que quelque chose dans le genre du rapport Beveridge, ou un meilleur plan, sera mis en vigueur en Grande-Bretagne.

Mais ce n'est pas seulement en vue de la sécurité sociale que nous faisons des plans en Grande-Bretagne. Nous avons mon rapport qui a été discuté au Parlement et dont le gouvernement a chargé un comité du cabinet ainsi qu'une

commission officielle de préparer les détails. Une des raisons pour lesquelles le gouvernement britannique n'a pas encore accepté définitivement les propositions de mon rapport est que nous avons à nous occuper de tous ces autres maux; le gouvernement doit considérer les dépenses qu'exigera la sécurité sociale par rapport aux dépenses nécessaires pour les logements, pour éliminer les habitations malsaines, par rapport aux sommes nécessaires pour l'éducation et pour faire disparaître l'oisiveté. Le fait qu'en Grande-Bretagne nous nous proposons d'entamer la lutte sur un vaste front est la raison pour laquelle le gouvernement en attendant de s'assurer de tout ce qu'il y a à faire, a dit: "Pour le moment, nous ne pouvons nous engager à faire aucune de ces choses tant que nous ne saurons pas tout ce qu'il y a à faire et combien cela coûtera." Je vous communique mes impressions seulement; je n'ai aucune autorité pour parler au nom du gouvernement, mais, à mon avis, vous pouvez être sûrs que la Grande-Bretagne n'éprouve aucune hésitation au sujet de mon rapport, et que le retard provient simplement de ce que le gouvernement veut agir sur un vaste front et non pas de ce qu'il ne tient pas à la sécurité sociale.

En Grande-Bretagne nous avons cette proposition pour lutter contre le besoin et l'ignorance. Ce sont deux des maux. Ils font l'objet de mon rapport et le gouvernement est à les étudier sérieusement. Ceux de vous qui ont entendu le premier ministre, le 21 mai, se rendent compte qu'ils sont étudiés très sérieusement. Pour combattre l'ignorance et développer l'éducation, le ministère de l'Education est en train de préparer des plans; et pour la malpropreté nous avons à la fois le ministère des Travaux publics, qui s'occupe du logement, et un ministère de l'Urbanisme qui fait des plans pour la ville et la campagne.

Le dernier de ces cinq géants est l'Oisiveté. Je penche à croire que l'oisiveté est le plus grand et le plus terrible de tous ces géants. Le maintien de la main-d'œuvre à un travail productif est un problème dont nous n'avons pas encore trouvé la solution en Grande-Bretagne et je ne crois pas non plus que vous en ayez de définitive au Canada. Mais il ne faut pas désespérer. Quand on me dit qu'on ne peut pas abolir le chômage, je réponds: "En tout cas, il a été aboli deux fois dans ma vie: pendant la première guerre et pendant la seconde." Quand on me dit que je suis trop optimiste de prévoir, pour l'après-guerre, une moyenne d'au plus huit et demi à dix pour cent de chômage, et qu'il faut s'attendre à une moyenne de quinze à vingt pour cent, je réponds: "En ce moment il est de moins d'un demi pour cent; pourquoi remonterait-il à dix ou quinze pour cent?"

Le chômage a été aboli deux fois pendant ma vie, pendant deux guerres, et il est intéressant de se rendre compte des circonstances qui permettent de l'abolir. Il est aboli en général par suite de deux importantes conditions du temps de guerre. L'une est que l'Etat doit dresser des plans pour faire face à des besoins urgents. Les gens comprennent que certains besoins doivent être satisfaits si nous voulons survivre; le besoin d'armes de toutes sortes, navires, avions, chars d'assaut, vivres, toutes les nécessités de la vie, tous ces besoins doivent être satisfaits jusqu'à un certain point et il faut établir des plans en conséquence. L'Etat prend la direction de toutes l'industrie et de la production pour réaliser ce programme. Voilà l'une des conditions qui abolissent le chômage en temps de guerre.

La deuxième est qu'en temps de guerre nous obtenons une fluidité complète de la main-d'œuvre et des autres ressources. Vous ne trouvez pas de barrières à l'emploi des hommes dans les forces armées parce qu'ils ne veulent pas entrer dans l'armée ou que ceux qui sont dans l'armée veulent les empêcher d'y entrer. En temps de guerre toutes les barrières de métiers sont abolies, ces barrières qui, du moins en Grande-Bretagne, empêchent souvent l'utilisation de nos meilleures ressources ouvrières.

Telles sont les deux conditions qui nous permettent d'abolir le chômage: la direction de l'Etat et la fluidité de la main-d'œuvre et des autres ressources.

La question fondamentale est de savoir combien de ces conditions nous devons transporter de la guerre à la paix pour arriver au même résultat ou à quelque chose d'approchant en temps de paix. Evidemment, nous ne voulons pas apporter dans la paix tout ce qui a trait à la guerre. Evidemment, en temps de paix, nous avons besoin de beaucoup plus d'initiative privée et d'entreprise privée pour explorer les nouveaux besoins. Nous ne voulons pas qu'on nous dise ce que nous voulons et ce que nous désirons en temps de paix comme en temps de guerre, mais il faut un plan quelconque dans la paix comme il y en a un en temps de guerre.

Je crois que cela est clair et je crois également qu'il doit exister en Grande-Bretagne—peut-être pas chez vous mais certainement chez nous, en Grande-Bretagne—une plus grande fluidité de main-d'œuvre et de ressources, une plus grande disposition du public à aborder les tâches nécessaires plutôt qu'à insister sur le travail dans les mêmes voies qu'auparavant. Je dis souvent aux syndicats ouvriers, et je pense qu'ils sont enclins à le croire, qu'acune mesure du gouvernement britannique entre les deux guerres n'aurait réussi à donner du travail à tous nos mineurs dans les mines, à tous nos constructeurs de navires dans les chantiers, à tous nos filateurs dans les usines textiles, parce que la demande internationale pour les produits de ces industries avait baissé. Ces ouvriers auraient pu être employés utilement dans d'autres industries, mais pas dans leurs métiers propres. Je pense qu'en Grande-Bretagne, après la guerre, il faudra davantage être prêts à changer d'emploi, c'est-à-dire à faire ce qu'il faut plutôt que ce à quoi nous sommes habitués. Voilà une des choses qui s'imposeront. L'autre, c'est que nous serons, je pense, obligés de trouver une manière de faire collaborer l'Etat et la collectivité pour donner du travail, en utilisant l'initiative privée comme moyen de découvrir de nouveaux besoins et d'amener des changements et des progrès dans la société. J'ose dire que les divers pays adopteront après la guerre des solutions différentes à ce problème, et il ne pourrait pas en être autrement. Sans aucun doute, l'une des Nations unies, la Russie, continuera, après la guerre, d'organiser son industrie à peu près sur le même plan qu'elle l'organisait par le passé. Franchement, je ne voudrais pas d'un plan de ce genre pour la Grande-Bretagne. D'autre part, je pense que les Etats-Unis essaieront certainement de compter dans une grande mesure sur l'initiative privée. Aux Etats-Unis, on continue de se défier de l'Etat beaucoup plus que nous, en Grande-Bretagne. Je pense que la Grande-Bretagne aura plutôt recours à un compromis. Il me semble que la Grande-Bretagne fera collaborer l'initiative de l'Etat et celle de la population. Je ne sais quelle ligne de conduite vous suivrez vous-mêmes. Je devine qu'à l'exemple de l'Angleterre, ce sera quelque chose de mitoyen entre celle de la Russie et celle des Etats-Unis, peut-être plus comme les Etats-Unis, peut-être plus comme la Grande-Bretagne. Je ne sais pas au juste. Il n'est pas du tout nécessaire qu'il y ait une uniformité rigoureuse à cet égard. Les circonstances varient selon les différentes nations.

J'ai en main le texte d'un rapport sur les remèdes à la misère et à la maladie, mais je ne possède encore le texte d'aucun rapport sur le remède au cinquième géant, l'Oisiveté. C'est là un des points que nous voulons discuter ensemble. Etant donné ce qui se passe en temps de guerre, étant donné que nous sommes en mesure d'abolir le chômage durant la guerre et que, pris en bloc, nos besoins du temps de paix ne sont pas moindres que ceux du temps de guerre, quoique d'un ordre bien différent, je me refuse tout simplement à croire que nous ne puissions pas résoudre ce problème si nous consentons à y mettre le prix.

Aucun prix n'est, je pense, trop élevé pour résoudre, après la guerre, le problème du chômage et pour donner du travail, si ce n'est la guerre même et l'abandon de libertés essentielles. Il y a un certain nombre de libertés qu'un Anglais ne peut abdiquer pour aucun motif; la liberté de culte, la liberté de parole et la liberté de la presse; la liberté aussi de choisir son métier. Pour choisir un emploi,

il faut qu'il y ait un emploi de libre. Impossible à deux personnes de choisir le poste d'archevêque de Cantorbéry, car il n'y a qu'un archiépiscopat à remplir, mais la liberté d'orienter sa vie est intrinsèque à la liberté britannique. Je pense qu'au-dessus de toutes les autres, il y a la liberté d'association syndicale et politique. A mon sens, un Etat où il n'y a qu'un parti n'est pas une démocratie, indépendamment de toute autre considération, parce que je n'y suis pas libre de changer de gouvernement quand je le veux, sans recourir à la violence. L'essence de la démocratie, c'est de pouvoir changer le chef d'Etat sans être obligé de l'assassiner. Il n'est pas agréable de tuer un chef, et l'on risque d'être abattu le premier. La faculté de changer de gouvernement sans passer par la révolution est l'essence même de la démocratie, et la liberté de former de nouveaux partis politiques est à la base de ce changement. La liberté de disposer de son propre revenu est aussi une des libertés essentielles. Toutes ces choses, nous les préserverons.

Je n'affirmerais pas que, entendue dans le sens de la propriété privée qui dispose de moyens de production et emploie de la main-d'œuvre, l'initiative privée est une liberté essentielle du peuple britannique. Je pense que c'est une excellente chose. Ce n'est pas une des libertés essentielles parce que, pour ma part, par exemple, je n'en ai jamais joui. Je n'ai jamais eu en ma possession d'autre moyen de production qu'une plume-réservoir, et à mon emploi qu'un jardinier, et je ne m'en compte pas moins comme un Anglais aussi libre que n'importe qui au monde. La question de l'initiative de l'Etat et de l'initiative particulière n'a rien à voir avec les libertés essentielles: c'est une question de moyens, de méthode, une question de découvrir les rouages les plus efficaces pour donner du travail et hausser le niveau de la vie. Tout en sauvegardant les libertés essentielles que j'ai énumérées, je crois qu'il est possible d'éviter le chômage en Grande-Bretagne; et je crois qu'en Grande-Bretagne nous sommes résolus à éviter le chômage et à prendre les mesures nécessaires à cette fin.

Il n'y a pas de bonnes choses que l'on ne puisse se procurer si l'on y met le prix, mais sans le prix, l'on n'obtient rien; et je pense qu'une restauration, en Grande-Bretagne, coûtera le même prix qu'au Canada. Deux choses s'imposent. Il faut d'abord apprendre à prévoir. En Angleterre, l'un de nos péchés mignons a toujours été de ne pas aimer à prévoir; nous nous disions que tout finirait bien par s'arranger. J'espère que nous savons maintenant par expérience qu'il est impossible d'agir ainsi et s'en bien trouver. Inutile de compter sur des succès dans la guerre si l'on ne s'est pas préparé à la guerre; je pense que nous comprenons, à l'heure actuelle, qu'il est impossible de prospérer en temps de paix si l'on ne s'est pas préparé, durant la guerre, en vue de la paix. Un gouvernement de guerre—que ce soit dans votre pays, dans le mien ou dans n'importe laquelle des Nations unies—a deux tâches à accomplir: celle de mener la guerre jusqu'à la victoire et, en même temps, celle d'élaborer et d'adopter durant la guerre des plans pour le lendemain de la victoire. Il y a des gens qui nous disent: Commençons par gagner la guerre, et nous penserons à la paix ensuite. Cela peut être acceptable aux gens de mon âge. Mais cela ne sera certainement pas suffisant pour satisfaire les jeunes gens qui sont sous les armes. Ils exigeront davantage. Je vois des milliers de jeunes hommes. Il m'en passe par les mains à Oxford, dont plusieurs s'en venant ici, pour y subir leur instruction aéronautique. Ils sont prêts à tout pour la victoire. Cela ne fait pas de doute. Mais ils ne considèrent pas la victoire comme une fin. Ce qui les intéresse, c'est ce qui suivra. Et il faut tirer dès aujourd'hui des plans pour les années qui suivront.

La seconde condition à observer pour éviter le chômage après la guerre, c'est entre les nations, une collaboration plus étroite que celle d'avant la guerre. Voilà un premier point. Cette collaboration internationale s'exercera évidemment à sauvegarder la paix après la présente guerre et à éviter d'autres conflits. Aucun pays ne peut s'acquitter à lui seul de cette tâche. Cela ne peut se faire qu'en collaboration.

Une autre tâche dont un pays est incapable à lui seul de s'acquitter, c'est d'éviter le chômage. Cela ne dépend pas de la manière dont vous organisez vos propres industries. Vous pouvez organiser vos industries d'une façon, et la Grande-Bretagne peut organiser les siennes d'une autre façon; par ailleurs, les Etats-Unis organisent les leurs d'une autre façon, la Russie d'une autre encore, et ainsi de suite. Quelle qu'en soit l'organisation, toutes nos industries subissent le contre-coup du commerce international. Il faut que les Nations Unies se consultent entre elles sur le commerce international, sur leur politique économique et commerciale.

Je terminerai donc en vous soumettant trois propositions tout d'abord, il est absolument indispensable que, par le moyen de l'assurance sociale, les gens puissent compter sur un revenu minimum qui les préservera du besoin. C'est là, en quelque sorte, l'assiette de tout l'édifice de la restauration sociale d'après-guerre. Mais ce n'est là qu'un élément, et il ne faut y voir qu'un élément de notre programme. Nous devons combattre à la fois le besoin, la maladie, l'ignorance, la malpropreté et l'oisiveté; tous ces maux, et non pas un seul.

En deuxième lieu, les détails de tous ces projets doivent être arrêtés dès maintenant, et non pas remis au lendemain de la guerre.

La troisième proposition est que des plans doivent être élaborés dès aujourd'hui pour certaines fins essentielles, comme la consultation et la collaboration des Nations Unies entre elles.

Telles sont les trois propositions que j'ai à vous soumettre. Je le fais avec une grande confiance. Je sais quelle importance vous attachez à ce problème de la sécurité sociale et aux autres problèmes connexes de l'après-guerre. Vous voyez la situation dans son ensemble. Vous regardez dès maintenant les problèmes bien en face, sans attendre la fin de la guerre. Enfin, vous avez eu l'obligeance de m'inviter à venir vous donner mon avis sur ces questions. C'est là la preuve, à mes yeux, que vous comprenez la valeur et la nécessité de la collaboration internationale. Voilà pourquoi je vous parle avec confiance.

Mais parce que nous tirons des plans pour l'après-guerre, il ne faut pas croire que notre effort de guerre en sera d'aucune façon ralenti ni détourné. C'est en 1942 que nous avons découvert l'intérêt intense de la population britannique pour ce qui suivra la guerre; ce n'est certainement pas une année, pourtant, où la nation britannique s'est désintéressée de la conduite de la guerre. Les deux choses peuvent aller de pair; nous devons nous en occuper simultanément. Ce n'est pas diminuer notre effort de guerre que de penser à l'après-guerre; c'est l'intensifier. Cela montre au peuple—et avant tout aux jeunes—pour quelle cause nous combattons, non pas seulement contre quoi nous combattons. Cela renforce notre détermination commune en nous permettant de voir quelque chose au delà de la victoire, plutôt que de viser à une victoire n'amenant rien de neuf.

Le PRÉSIDENT: Sir William, quelle est l'attitude des organisations ouvrières de Grande-Bretagne à l'égard de votre rapport? En particulier à l'égard des services médicaux pour tous?

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Je pense pouvoir dire en toute exactitude que l'attitude de la classe ouvrière en est une d'approbation vigoureuse de presque tout ce que contient le rapport. Peu après l'achèvement de mon rapport, je me suis marié. Il y a trois grandes associations ouvrières, en Grande-Bretagne: le *Trade Unions Congress* et un parti appelé le *National Council of Labour*, qui réunit le *Trade Unions Congress*, le *Labour Party* et le *Cooperative Party*. Ces gens ont voulu, naturellement, que j'aille leur parler de mon rapport. Or le seul jour où il leur fût possible de me recevoir était le lendemain de mes noces, et je m'étais proposé de me retirer en Ecosse...

L'hon. M. MACKENZIE: Bravo!

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Il ne pouvait évidemment pas être question de me séparer de ma femme ce jour-là. Je leur promis d'aller parler au congrès des Trade Unions si elle pouvait m'accompagner. Et nous avons célébré notre première journée de bonheur conjugal en visitant le conseil général des Trade Unions, à Londres; ma femme y fit même un discours. A la suite de cette visite —je ne sais pas si ce fut à cause de cette visite—ils acceptèrent le rapport, pour toutes fins pratiques, et en réclamèrent l'adoption. Je crois pouvoir vous dire qu'ils l'acceptaient en entier, avec quelques modifications. Je puis vous assurer que le *Trade Unions Congress* et le *Labour Party* auraient accepté en principe la totalité de ce rapport.

Mais en ce qui concerne les services médicaux complets pour tous, le congrès des Trade Unions nous a demandé une organisation distincte de celle de l'assurance sociale et administrée par une autre autorité.

Je puis même dire—s'il en est parmi vous qui peuvent étudier les témoignages présentés à mon Comité par le *Trade Congress* et par les diverses associations qui nous envoyèrent des représentants—que, si vous comparez les réclamations du *Trade Unions Congress* et mes propositions à moi, vous les trouverez pratiquement semblables. Ils veulent un plan complet accordant des prestations minima. Ils ne veulent de pensions que pour la retraite; ils veulent un grand nombre d'autres choses, toutes réclamées par mon rapport. Permettez-moi de dire que je n'entretiens aucun doute au sujet du vigoureux appui de la classe ouvrière pour tout ce que contient ce rapport. C'est même par crainte de voir le Gouvernement s'arrêter en chemin ou tarder à accepter le rapport que les députés ouvriers ont voté contre le Gouvernement et contre leurs propres ministres. La classe ouvrière est entièrement, je dirais même absolument et solidement, en faveur des principes essentiels de ce rapport.

M. TURGEON: Sir William, j'aimerais vous poser deux questions au nom des membres de notre propre Comité de la restauration et du rétablissement. Je ne veux pas dire qu'il n'est pas loisible aux autres membres de poser des questions s'ils le désirent. La première question est de M. Gillis, de la Nouvelle-Ecosse; la voici:

> Sir William Beveridge nous expliquerait-il la différence qu'il y a entre, d'une part l'assurance sociale, telle que la proposent le rapport Beveridge et le rapport Marsh, et d'autre part la "sécurité sociale" actuellement en vigueur en Nouvelle-Zélande? Laquelle des deux considère-t-il comme le plus stable, en particulier du point de vue financier?

Sir WILLAM BEVERIDGE: Je vais d'abord comparer notre plan au système de la Nouvelle-Zélande. Depuis la Loi de 1938, je pense, la Nouvelle-Zélande possède le système le plus complet de sécurité sociale de tout l'univers. Je manque de détails au sujet du plan russe; pour l'instant, je n'en parlerai pas, car la Russie possède un système économique différent du nôtre. De tous les pays à système économique semblable à celui de la Grande-Bretagne, c'est la Nouvelle-Zélande qui a le plan de sécurité sociale le plus complet. Ce plan comprend déjà tout ce que je propose dans mon rapport. Il est à peu près aussi complet. La seule différence importante—il y a, naturellement, beaucoup de petites différences—c'est la méthode de financer ces assurances. En Nouvelle-Zélande, la sécurité sociale est financée tout entière par un impôt spécial sur le revenu. Il n'y a donc pas de contribution uniforme; chacun paie selon ses moyens. Je propose, moi, le financement au moyen d'un système tripartite de paiement par les assurés eux-mêmes grâce à un impôt sur leur salaire, par l'employeur grâce à un impôt sur sa liste de paie, et par l'Etat. Cela revient à dire, à peu près, qu'il y a un quart à payer par l'assuré, un quart par l'employeur et la moitié par l'Etat. Certains ont demandé: Puisque vous avez recours à un impôt obligatoire, pourquoi ne pas tout financer par l'impôt, sur le revenu, comme en Nouvelle-Zélande?

Pourquoi exiger de tous la même contribution, malgré les différences de ressources? Cela ne signifie-t-il pas que le pauvre doit payer une plus forte proportion de son revenu, pour la sécurité sociale, que le riche? Ma réponse, c'est que je suis tout à fait sûr que le peuple de Grande-Bretagne préfère ce système. Le fait de verser, tous, la même somme, flatte la fierté personnelle de chacun. Je ne crois pas que le peuple de Grande-Bretagne m'eût remercié avec la même effusion pour un système purement non contributoire. Aucun des organismes représentant les principales sphères de l'opinion britannique, les assurés moyens, les unions ouvrières ou les sociétés de bienfaisance ne propose l'abolition de la contribution.

Permettez-moi d'ajouter une bonne note de plus en faveur du système de la contribution fixe. Quand tout provient seulement de l'Etat, outre le fait que les gens ont l'impression de tout recevoir pour rien, il naît un mouvement de réclamations nullement proportionnées aux sommes versées en contributions. Si personne ne paie de contributions, tout le monde réclamera davantage et toujours davantage, et c'est le contribuable qui s'en ressentira. Si, au contraire, le système prévoit une proportion fixe, disons un quart, du coût à défrayer au moyen de contributions, les gens se rendront compte qu'ils ne peuvent recevoir de prestations illimitées sans payer en conséquence; je crois que c'est là une bonne méthode financière. En dernière analyse, il n'y a pas autant de différence qu'on le croirait entre mon système et celui de la Nouvelle-Zélande. En effet, bien que mon système de contribution fixe fasse payer la même somme à tous les hommes, que leur salaire soit de £3 ou £6 ou £10 par semaine, presque tous paient aussi en tant que contribuables. L'homme qui gagne £6 par semaine, ou £10 ou £20 paie davantage en tant que contribuable, et nous sommes presque tous des contribuables. Je pense qu'il est bon d'avoir une contribution fixe en même temps qu'un impôt proportionnel. C'est ce qui fait la principale différence entre le système britannique et le néo-zélandais.

Il y a encore une différence, et je crois sincèrement que sur ce point le système britannique est préférable au néo-zélandais. La voici: presque toutes les prestations, en Nouvelle-Zélande, sont remises après une forme quelconque d'enquête sur les moyens de l'assuré. Ce n'est pas une enquête bien serrée, mais il y a enquête jusqu'à un certain point. Je n'approuve pas cela. Il n'y a pas de ces enquêtes dans le cas des pensions, mais il y en a dans les cas de maladie et de chômage, et cela me déplaît.

J'en arrive maintenant au rapport Marsh. Il ressemble beaucoup à mon système. Je ne sais pas s'il va vous convenir; c'est à vous de l'étudier. Mais je serai enchanté, si vous l'adoptez tel quel, car vous aurez alors un système très semblable au nôtre.

Il existe deux différences principales qui sont les suivantes; tout d'abord, au lieu d'un taux fixe et uniforme de prestations et d'une contribution uniforme pour tous, peu importe les salaires, le docteur Marsh propose des taux divers de prestations et de contributions, tout au moins pour ce qui a trait aux risques du travail, tels que chômage et maladie, mais non pas pour les pensions. En Grande-Bretagne notre population est à ce point homogène et nous sommes tellement industrialisés, et même en agriculture les salaires payés se rapprochent tellement de ceux de l'industrie, que nous pouvons avoir, je crois, une contribution uniforme et un taux uniforme de bénéfices. Comme vous le savez, je propose pour chaque couple quelque 40 shillings par semaine comme subsistance en chômage, retraite et maladie et cela s'applique à tous, et je suggère une contribution uniforme de 4s. 3d par semaine pour tout homme adulte au travail. Le taux est différent pour une femme, mais il n'y a pas de différence quant aux salaires.

Dans son rapport, le docteur Marsh propose la continuation de ce que vous avez dans l'assurance-chômage, un plan gradué de prestations et de contributions suivant les salaires. Il peut y avoir une bonne raison pour cela et il ne m'appar-

tient pas de vous dire ce que vous devez faire; mais suivant moi, il existe une bonne raison pour cette différence. Vous avez probablement dans ce pays, de plus grande différence. Vous avez probablement dans ce pays, de plus grandes différences dans les normes de vie et en diverses parties du Canada que nous n'en avons pas nous-mêmes en Grande-Bretagne et, par conséquent, il est bon qu'il y ait de la variation.

Une autre variante entre le rapport du docteur Marsh et le mien se rapporte à la compensation ouvrière pour les accidents industriels et la maladie. En Grande-Bretagne, suivant notre plan actuel, l'employeur est responsable individuellement et il lui appartient de s'assurer commercialement contre ses risques; ce n'est pas un bon régime; presque tous, en Grande-Bretagne, veulent le changer. S'il est modifié, je propose d'en faire un service de prévoyance sociale appartenant au plan général d'assurance sociale. Actuellement, votre régime diffère du nôtre; le docteur Marsh déclare qu'il a donné de bons résultats et il prétend que dans son ensemble il ne devrait pas être changé.

Je crois que ce sont les principales différences entre les deux rapports. Beaucoup plus importants sont les points de similitude. Nous proposons tous deux un régime complet couvrant tous les risques. Nous proposons tous deux également d'accorder la pension non simplement à l'âge de 65 ans comme cela existe maintenant mais lors de la mise à la retraite, et d'augmenter la pension si la mise à la retraite est retardée. Vous proposez le traitement médical pour tous et l'allocation aux enfants. Si vous effectuez tout cela, vous aurez non pas une production du régime britannique, mais la contre-partie canadienne du régime britannique. Nous proposons tous deux une pension à un taux uniforme pour tous, suffisante pour leur subsistance.

M. TURGEON: La question suivante de notre Comité est posée par M. Castleden et elle se lit comme suit: L'industrie privée comme nous la connaissons peut-elle fournir un niveau suffisamment élevé d'emploi nécessaire pour la sécurité sociale du peuple? Si non, quelle est, à votre avis, l'alternative?

Sir WILLIAM BEVERIDGE: C'est regarder à la dernière page du livre dont je n'ai écrit que la première: comment peut-on maintenir l'emploi. Il n'est pas impossible pour l'industrie privée de maintenir un niveau suffisamment élevé d'emploi. Je pourrais dire que si nous pouvions revenir aux niveaux du chômage que nous avions antérieurement à la première guerre mondiale, la chose serait possible, L'industrie privée a fait cela. Le chômage qui existait en Grande-Bretagne avant la première guerre mondiale aurait très bien pu être couvert par l'assurance-chômage. Lorsque l'assurance-chômage fut introduite en Grande-Bretagne, en 1913-1914, nous calculions qu'une prestation de pas plus de quinze semaines couvrirait environ 95 p. 100 du chômage total. C'était l'âge d'or. Si nous pouvions y revenir et si l'industrie privée pouvait nous y ramener, je ne crois pas que l'assurance-chômage serait nécessaire pour le chômage qui resterait. De la sorte, il n'est pas impossible pour l'industrie privée de maintenir un niveau suffisamment élevé d'emploi. Mais si vous me demandez si l'industrie privée est susceptible de pouvoir le faire dans l'avenir, ma réponse n'est pas aussi catégorique. Franchement je ne compte pas beaucoup que l'industrie privée pourra d'elle-même nous y ramener, mais encore une fois, je ne veux pas donner une réponse définie. Personnellement je ne cherche qu'à savoir ce que l'industrie privée peut accomplir et jusqu'à quel point l'Etat doit venir aujourd'hui, à l'aide de l'industrie privée.

M. MACINNIS: En réponse à la question du président, Sir William nous a dit que le parti travailliste, le Congrès syndical, le Mouvement coopératif, en autant qu'est concernée leur association, le Conseil général du travail, avaient

tous appuyés son rapport. Je comprends qu'en Grande-Bretagne, il existe une opposition considérable à ce plan. De quelle section de la société cette opposition vient-elle?

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Je l'ignore; je ne puis trouver. Naturellement on ne peut s'attendre à ce qu'un Anglais boive un remède d'un seul trait; il ne serait pas Anglais s'il le faisait. Un grand nombre d'Anglais désirent que des changements soient faits dans le rapport. Je crois qu'il n'y a qu'un seul groupe de gens—et sérieusement je ne crois pas qu'il compte—vraiment opposé à la totalité du plan. Ce sont les individualistes, les individualistes au dernier degré, les gens qui détestent tout gouvernement en tant que gouvernement. Ils représentent environ 1 ou 2 p. 100 de la population de la Grande-Bretagne. Ils ne comptent pas. Il y a évidemment certains intérêts, par exemple les compagnies d'assurance industrielle auxquelles je m'attaque dans mon rapport. Pour se défendre elles m'attaquent, c'est logique. Néanmoins, les compagnies d'assurance industrielle ne s'opposent pas au rapport en principe; elles disent même que dans son ensemble le rapport est excellent à l'exception des parties où il est fait mention d'elles. Je ne doute pas qu'elles utilisent leurs agents pour indisposer les gens à l'endroit du rapport. Il y a aussi la catégorie des gens qui croient que le rapport n'accorde pas suffisamment aux bénéficiaires de pensions de vieillesse. Pour les raisons que j'énumère dans mon rapport, je propose que le taux entier de la pension de vieillesse ne devrait pas se réaliser avant vingt ans. La Nouvelle-Zélande a un plan semblable pour ses pensions. Nombre de gens sont d'avis que nous devrions accorder la pleine pension immédiatement, et je suis bien certain que le parti travailliste proposera de l'avoir, peut-être pas immédiatement, mais beaucoup plus tôt que dans 20 ans. Réellement, je n'ai rencontré d'opposition sérieuse en Grande-Bretagne. Chaque fois qu'une élection complémentaire a lieu, le candidat du gouvernement finit toujours par dire qu'il désire avoir le rapport Beveridge le plus tôt possible...

Le PRÉSIDENT: Et il gagne?

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Non, il dit qu'il désire avoir le rapport le plus tôt possible et son adversaire se lève et déclare "Je le veux maintenant." Quelquefois le candidat du gouvernement est élu par une faible pluralité, d'autres fois, il en est de même pour l'adversaire. Franchement, je ne crois pas exagérer en déclarant qu'il n'y a pas d'opposition sérieuse, d'opposition véritable. Certains sont hésitants; ils craignent que nous ne soyons pas en mesure de réaliser le plan. Vous savez tous ce qu'a déclaré le Premier ministre. Voici ce qu'il disait dans son discours qui fut radiodiffusé; "Mes collègues et moi, croyons fermement dans l'assurance sociale pour tous, du berceau à la tombe mais, "ajouta-t-il," nous tenons tout d'abord à savoir comment tout cela peut être prévu dans le budget. Il nous faut trouver des fonds pour l'éducation, le logement et d'autres choses. Il nous faut savoir d'où viendra l'argent."

M. GERSHAW: Je me demande si notre distingué visiteur nous donnerait son avis sur les détails des services médicaux. Par exemple, dans quelle situation se trouverait le médecin. Exercerait-il sa profession chez lui ou dans un centre d'hygiène et comment serait-il rémunéré pour ses services, par cachet, salaire ou à raison de tant par tête?

Sir WILLIAM BEVERIDGE: C'est une question bien importante, mais elle n'est pas vraiment réglée dans mon rapport et elle ne l'est pas encore. Voici ce que dit mon rapport: le traitement médical doit être payé sur une base d'assurance sociale, c'est-à-dire payé au moyen de contributions versées d'avance et non pas par des déboursés une fois que le traitement est donné. C'est le bon sens même, car lorsqu'un homme tombe malade, il est susceptible de perdre des revenus, et ce n'est pas le moment alors de solder des notes de médecins; il ne devrait pas avoir de déboursés à faire pour le traitement. Le citoyen devrait payer le prix

de son traitement par des contributions et par des impôts prélevés à l'avance et non pas en réglant des notes de médecin. Mais cela ne dit pas comment payer ou employer le médecin. Mes propositions ne s'opposent pas à ce qu'un docteur rédige sa note chaque fois qu'il fait une visite et qu'il envoie cette note au bureau central au lieu du malade. Il pourrait très bien être payé d'après le système de liste que nous employons actuellement en Grande-Bretagne. Mon plan ne s'oppose pas non plus à l'engagement d'un personnel médical salarié. Mais mon plan ne prend pas de décision à ce sujet. J'ai laissé la porte ouverte aux discussions. Si vous me demandez la plan qu'on va choisir, je dirai simplement que la question fait l'objet de discussions entre le gouvernement et la profession médicale. Le gouvernement a dit: "Nous acceptons le principe du traitement complet pour tout le monde." Il a accepté ce principe. Il discute maintenant avec les médecins la manière d'organiser le traitement. Les docteurs en Grande-Bretagne sont, j'en suis sûr, entièrement prêts à accepter une base d'assurance sociale pour les traitements médicaux. Pendant que je travaillais à mon rapport, la *British Medical Association* a nommé un comité qui a proposé d'appliquer l'assurance sociale pour les traitements médicaux à 90 p. 100 de la population seulement; ils voulaient conserver une limite de revenus de £420 par an et laisser 10 p. 100 des gens en dehors de l'assurance. Quand cette proposition fut soumise à la *British Medical Association*, quelqu'un proposa d'abolir la limite et d'appliquer l'assurance à tous. Cette manifestation fut adoptée à une faible majorité. Vous pouvez m'en croire, les médecins britanniques sont parfaitement disposés à accepter l'assurance sociale sur la santé. Quant à l'autre point en question, la B.M.A. avait proposé d'établir des centres de santé pour traitements médicaux de manière à permettre aux médecins de travailler en groupes et de donner des traitements spéciaux. Naturellement les médecins attachent une grande importance au libre choix de praticiens par les malades et des malades par les praticiens. Mon plan n'y met aucun obstacle et il est plus que probable qu'il en sera ainsi. Il y a en outre la question difficile de savoir comment les hôpitaux seront organisés. Nous avons, comme vous le savez, un grand système d'hôpitaux bénévoles et d'hôpitaux privés; et les autorités discutent si les hôpitaux bénévoles seront conservés comme tels ou bien s'ils seront tous mis sous les ordres des autorités locales. Je dois dire qu'en général les médecins de la Grande-Bretagne s'attendent à un grand développement de l'assurance sociale sous le rapport des traitements. Je ne crois pas qu'elles tiennent à un service médical salarié; mais je ne crois pas qu'ils s'opposent énergiquement à un service salarié s'il était national au lieu d'être sous les ordres des autorités locales. Il n'y a rien de décidé à cet égard et je ne peux pas dire exactement ce qu'il en sera.

M. FULFORD: Je me demande si sir William pourrait nous dire le coût par tête du service complet pour la médecine et pour les dents et le coût en Grande-Bretagne.

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Non, je ne peux pas. Dans mon budget de sécurité sociale j'ai estimé—très approximativement—le montant total dépensé pour les soins médicaux et dentaires à £170,000,000 par an, ce qui fait, par rapport à la population, environ £4 par tête. Cela comprend tout, même les traitements privés, et naturellement toutes les institutions pour les maladies mentales et les hôpitaux. Cela comprend les honoraires des médecins figurant sur les listes, les frais dentaires, etc. Je dois dire que ce n'est pas un chiffre bien exact, car cela est très difficile à estimer, mais le montant est de £170,000,000 à £180,000,000 par an. C'est le montant en entier. Je propose que, pour l'assurance sociale, un quart de ce montant soit fourni par les contributions des assurés et le reste par des impôts nationaux ou des impôts locaux, c'est-à-dire des taxes.

M. BLANCHETTE: Est-ce que notre distingué visiteur voudrait bien nous dire ce qu'il pense des allocations pour les enfants dans un plan de sécurité sociale?

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Je suis heureux que vous me posiez cette question, car les allocations pour les enfants constituent la portion la plus révolutionnaire de mon rapport, et elles ont été acceptées en Grande-Bretagne. Je propose des allocations pour les enfants, dans mon rapport, pour deux raisons importantes; j'entends par allocations pour les enfants des allocations payées au chef de famille quand il gagne sa vie et aussi quand il ne gagne rien, et pas simplement quand il reçoit des prestations mais quand il touche un salaire. Je propose cela pour deux raisons. La première est que sans allocations pour les enfants vous ne pouvez pas abolir le besoin. Il se peut que le salaire soit suffisant pour un homme, sa femme et un enfant, ou pour un homme, sa femme et deux enfants. Mais dans le cas de grosses familles, nous trouvons en Grande-Bretagne que la plupart du temps le salaire ne suffit pas aux besoins. La pauvreté en Grande-Bretagne, avant la guerre, était due à deux causes. Mon rapport fait en premier lieu le diagnostic de la pauvreté. Elle était due au fait qu'un ouvrier cessait de recevoir son salaire ou au fait qu'il avait une famille trop nombreuse par rapport à ce qu'il gagnait. Dans cinq cas sur six la pauvreté était due au fait que l'homme cessait de recevoir un salaire—j'entends pour cause de vieillesse, maladie, chômage et le reste—et dans l'autre cas elle était due au fait que le salaire ne suffisait pas aux besoins d'une famille trop nombreuse. Nous sommes d'avis que la Grande-Bretagne ne peut pas prospérer sans un grand nombre de grosses familles. Il y a des gens qui ont un petit nombre d'enfants ou pas du tout. A moins d'avoir en *moyenne* trois enfants par famille, la race britannique diminuera et finira par s'éteindre. Par conséquent il faut qu'il y ait des familles nombreuses et nous voulons qu'il y en ait. Pour abolir le besoin, il faut des allocations pour les enfants. C'est la première chose. La raison secondaire est que si vous donnez des allocations seulement quand les gens sont sans travail ou malades, vous aurez des cas où les gens auront autant d'argent, quand ils sont sans travail ou malades, qu'ils en peuvent gagner en travaillant, ou davantage. C'est là une fausse situation. Il n'est pas juste qu'un homme ait plus d'argent quand il ne fait rien que lorsqu'il travaille, mais cela est impossible à éviter dans un système de salaire qui ne tient pas compte des charges de famille. Il y a beaucoup d'autres raisons en faveur des allocations pour les enfants, par exemple, l'effet sur la population et la qualité de la population, mais nous ne discuterons pas cela pour le moment. Ce sont là deux raisons données dans mon rapport. Jusqu'à présent quelques syndicats ouvriers ont formulé de nombreuses objections contre les allocations pour les enfants. Mais le dernier Congrès des syndicats de métiers a accepté, en septembre dernier, les allocations pour les enfants. Elles ont été acceptées par le gouvernement. Le gouvernement propose de donner moins que je n'avais proposé moi-même, mais il a accepté le principe. Je crois que vous pouvez compter qu'il sera adopté. Je serai très intéressé de voir si vous l'adopterez ou non dans votre pays. J'espère que oui, car c'est une bonne chose; mais c'est une plus grande innovation que toutes les autres recommandations de mon rapport. Il n'y a rien de neuf en assurance sociale. Tout le monde le sait en Grande-Bretagne. Nous sommes tous d'accord là-dessus. La question sur laquelle nous avons changé d'idée en Grande-Bretagne—et je crois que nous avons réellement changé d'idée à ce sujet—c'est celle des allocations pour les enfants.

Le PRÉSIDENT: Tout cela est très intéressant, mais je ferai remarquer aux comités que sir William a un rendez-vous dans quelques instants. Si vous voulez bien vous en tenir à des questions très courtes, nous avons peut-être le temps d'en passer trois ou quatre autres.

Le Dr MCGARRY: Sir William, je voudrais vous poser une question qui demande une courte réponse. Supposons que ce plan de sécurité sociale soit accepté par le gouvernement et qu'il devienne loi, d'après l'opinion générale y aura-t-il une période d'attente ou bien ces prestations entreront-elles en vigueur immédiatement?

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Je ne crois pas que le plan entre en vigueur avant la fin de la guerre, si c'est ce que vous voulez dire. Vous n'avez pas en vue la période d'attente au début du chômage ou de la maladie?

Le Dr MCGARRY: Non. Vous dites "à la fin de la guerre"?

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Je propose d'ajourner la mise en vigueur jusqu'après la guerre. Nous pourrions peut-être faire une exception et commencer plus tôt en ce qui concerne les allocations pour enfants. Un bon nombre de personnes sont d'avis de les inaugurer dès maintenant. Mais l'ensemble de mon plan se rapporte à l'après-guerre.

M. KUHL: Monsieur le président, puis-je demander à sir William si la mise de fonds nécessaire à l'application de ses propositions n'exige pas plus qu'une nouvelle répartition des revenus existants? Ensuite, sir William admet-il que le but d'un système économique est d'assurer l'abondance des marchandises plutôt que l'abondance des emplois?

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Mon rapport sur l'assurance sociale prévoit une nouvelle répartition des revenus et du pouvoir d'achat, horizontalement et verticalement. Je m'explique: répartition horizontale entre les époques de gain et les époques sans gain. Je veux m'assurer que tous auront un revenu suffisant, pendant les périodes sans gain comme pendant les périodes de gain. Dans ce but, je prends une part des recettes, dans les périodes de gain, sous la forme de contributions, et je les transfère aux périodes sans gain. C'est une redistribution horizontale. La fiscalité effectue une redistribution verticale. C'est une nouvelle répartition du pouvoir d'achat, car il ne sert à rien d'avoir des marchandises sans pouvoir d'achat. Sans pouvoir d'achat, le besoin n'est pas supprimé. La suppression du besoin exige le maintien constant d'un pouvoir d'achat minimum. J'admets, bien entendu, que l'essentiel est la production de marchandises. Ce but est atteint en maintenant des emplois productifs, ce qui relève du combat contre le géant Oisiveté. Le rapport s'occupe du géant Besoin. Il faut les deux, et l'on ne peut réussir sans l'un et l'autre. On ne peut réussir sans l'assurance sociale pour redistribuer les revenus. On ne peut réussir sans l'emploi productif, pour veiller à ce qu'il y ait un revenu total suffisant à distribuer.

M. TURGEON: Un membre de notre Comité, M. Paul Martin, pose encore une question. Votre plan n'est-il pas basé sur le maintien ou la stabilisation de la structure des prix? Admettriez-vous que la stabilisation de la structure des salaires n'est pas nécessaire à votre plan?

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Je crois que tout système économique dans lequel existent des prix présume, sinon l'absolue fixité des prix, au moins leur stabilité raisonnable. On ne peut traiter avec des maisons qui changent sensiblement leurs prix tous les jours. Nous suivons, en Grande-Bretagne, autant que possible, une politique générale de stabilisation des prix. Le chancelier de l'Echiquier a dit qu'il espérait pouvoir maintenir les prix, après la guerre, à trente pour cent environ au-dessus du niveau d'avant-guerre. Mon plan est basé sur une présomption de ce genre. Au sujet de la stabilisation des salaires, je ne prévois pas que nous aurons, après la guerre, un arbitrage obligatoire, ou une fixation des salaires par l'Etat. Je suis sûr que les syndicats ne l'accepteraient pas, et je ne crois pas qu'il leur soit nécessaire de l'accepter. Je ne crois pas nécessaire de stabiliser les salaires en les empêchant de monter quand la production augmente. Ils ne peuvent naturellement pas monter quand la production n'augmente pas et que les prix restent stables; mais je ne désire pas la stabilisation des salaires, car je ne vois pas de limites à la hausse des salaires, en Grande-Bretagne, à mesure que la production augmentera.

M. BLACKMORE: Quelqu'un qui n'est pas membre de l'un des comités peut-il poser une question?

Le PRÉSIDENT: Certainement.

M. BLACKMORE: Je voudrais poser deux ou trois questions à notre hôte distingué. La première se rapporte à la situation qu'il a constatée pendant la guerre. Il y a un plan de production, pendant la guerre.

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Oui.

M. BLACKMORE: N'est-il pas vrai également que, pendant la guerre, nous avons un plan de distribution, de sorte que nous n'avons plus à nous préoccuper de la question des marchés? Ce que nous ne pouvons pas consommer est consommé par l'ennemi, alors qu'en temps de paix l'un de nos grands problèmes est de trouver une bonne méthode de distribution, nous permettant de disposer, de quelque façon, des marchandises que nous ne pouvons pas consommer. Ne faut-il pas prendre cela en considération?

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Je ne suis pas sûr de comprendre votre argumentation. D'autres semblent la comprendre. Il faudrait peut-être m'éclairer.

M. BLACKMORE: Je ne vous ai pas entendu.

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Je dis que je ne suis pas sûr d'avoir compris votre argumentation; corrigez-moi si je ne réponds pas correctement.

M. BLACKMORE: Il y avait la méthode d'écoulement des marchandises. Comment vendrez-vous les marchandises? Comment vous procurerez-vous des marchés? Même si le gouvernement dirigeait la production en temps de paix, comment vendrait-il les marchandises?

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Mon programme de production signifie que l'Etat se renseigne sur les besoins. Il existe des besoins en temps de paix comme en temps de guerre. Il faut des maisons, des écoles, des hôpitaux, des meubles, des vêtements, des voyages, il existe toute sorte de besoins. C'est vrai dans la paix comme dans la guerre. En temps de paix, nous fournirons des marchandises à nos propres citoyens, au lieu de fournir des lits à l'ennemi, mais je ne crois pas nécessaire que l'Etat contrôle la distribution, en temps de paix, comme il la contrôle, en temps de guerre, par des procédés tels que le rationnement. Je ne crois pas que ce soit nécessaire. J'admets qu'il faut trouver des marchés pour tout ce que nous produisons en temps de paix. Je dis simplement que les besoins, en temps de paix, sont illimités, et qu'il s'agit simplement de s'organiser pour les satisfaire.

M. BLACKMORE: L'existence des besoins n'est pas douteuse. La question se pose ainsi: Les gens qui ont besoin peuvent-il acheter? S'ils ne peuvent acheter, ils ne peuvent satisfaire leurs besoins.

Le PRÉSIDENT: Avant d'ajourner, je prierai lady Beveridge de bien vouloir prendre la parole.

Lady BEVERIDGE: Mesdames et messieurs, je suis très honorée d'avoir été autorisée à venir ici, aujourd'hui, et plus honorée encore d'être invitée à vous dire quelques mots. Vous ne vous attendez pas à ce que je vous parle du plan de sécurité sociale de mon mari, bien qu'il contienne un certain nombre de dispositions relatives au statut des femmes de notre pays, dispositions nouvelles et intéressantes, qui ont été très bien accueillies par les femmes de notre pays. Je ratifie ce que William vous a dit du grand plaisir que nous éprouvons d'être venu ici et du merveilleux accueil que nous avons reçu dans votre belle ville. Hier soir, j'étais dans une réunion presque entièrement composée d'Ecossais, et il doit y en avoir un bon nombre ici, également, d'après les noms que j'ai entendus ce matin. Je désire simplement vous remercier du fond du cœur pour votre obligeance, et je sais que je parle aussi au nom de mon mari.

Le PRÉSIDENT: La parole est au sénateur Lambert.

Le sénateur LAMBERT: Monsieur le président, sir William et lady Beveridge, mesdames et messieurs, il faut terminer la discussion, pour ne pas abuser de nos hôtes distingués. Je suis heureux d'être appelé à exprimer, dans une certaine mesure, combien nous apprécions leur présence. Au nom, tout particulièrement, du Comité dont j'ai l'honneur d'être le président, et au nom de la Chambre du Parlement que je représente, je désire leur exprimer notre profonde satisfaction de leur présence. Nous attendions leur visite avec grande impatience, et ils ont certainement répondu à notre attente. Je regrette la nécessité d'arrêter la discussion des questions que nous étions en train de développer. En fait, cette réunion ressemblait de plus en plus aux nombreuses réunions qui se tiennent dans cette salle, et, moi qui participe souvent à ces réunions, je me suis souvent demandé quelle devait être l'impression des personnes qui siègent de ce côté de la table et font face à ceux qui posent les questions.

Sur le fauteuil que vous occupez aujourd'hui, lady Beveridge, s'assied habituellement un monsieur très distingué, dont les fonctions sont de résumer la discussion à la fin des séances. Je suis sûr que s'il était ici aujourd'hui, il conviendrait que le niveau des discussions a été considérablement élevé et que l'atmosphère de cette salle a été grandement enrichie par la contribution de sir William et la vôtre. J'ajoute, de la part de l'autre Chambre, dont plusieurs personnes ont parlé en termes élogieux, que nous apprécions vivement l'honneur d'être associés à mon ami le président du Comité de la Chambre des communes et à ses collègues. Dans l'avenir, nous parlerons de cet autre lieu avec le respect convenable. Nous avons été très honorés, monsieur le président.

M. TURGEON: Sir William et lady Beveridge, sénateur Lambert, monsieur le président, le temps presse, et je me bornerai à exprimer la grande satisfaction que les membres du Comité de la restauration et tous ceux qui sont présents aujourd'hui, ont éprouvé de la présence et des paroles de sir William et de lady Beveridge, et des idées qu'ils nous ont données à méditer. Je suis sûr que votre visite élèvera l'esprit de votre Comité et stimulera ses initiatives.

Je vous remercie.

Sir WILLIAM BEVERIDGE: Je ne puis que vous remercier vivement pour votre attention et pour vos questions. C'est un stimulant que d'être interrogé, et je ne suis jamais allé dans une réunion où l'on posait des questions sans en être revenu, du moins je l'espère, plus sage et mieux renseigné. J'ai beaucoup appris aujourd'hui. Je souhaite naturellement, après avoir entendu le sénateur Lambert, avoir l'occasion d'assister à une séance régulière de cette Chambre; j'aimerais y assister, par exemple, de l'angle où M. Blackmore est en ce moment. Si, comme le sénateur Lambert le suggère, la séance d'aujourd'hui a conduit les deux Chambres à entretenir une meilleure opinion l'une de l'autre, j'aurai l'impression d'avoir servi la cause de la sécurité politique aussi bien que celle de la sécurité sociale.

Merci.

A midi et 23, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau demain, le mercredi 26 mai 1943, à onze heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule nº 14

SÉANCE DU JEUDI 27 MAI 1943

TÉMOINS:

Le docteur E. Stanley Ryerson, vice-doyen de la Faculté de médecine, Université de Toronto, et directeur de l'Ecole de culture physique et d'hygiène.

Le docteur A. S. Lamb, directeur du Département de culture physique et de l'Ecole de culture physique, Université McGill.

M. A. A. Burridge, directeur de la culture physique, Université McMaster, Hamilton.

Le capitaine Ian Eisenhardt, ministère de la Défense nationale, Ottawa.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le JEUDI 27 mai 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin, sous la présidence de M. J.-A. Blanchette, vice-président.

Présents: MM. Adamson, Blanchette, Bruce, Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Claxton, Côté, Donnelly, Fulford, Gershaw, Gregory, Howden, Hurtubise, Kinley, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), McGarry, Picard, Slaght, Warren, Wood—22.

A la demande du président, le docteur J. J. Heagerty, directeur des services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale, présente les témoins suivants:

Le docteur E. Stanley Ryerson, vice-doyen de la Faculté de médecine, Université de Toronto, et directeur de l'École de culture physique et d'hygiène;

Le docteur A. S. Lamb, directeur du Département de culture physique et de l'Ecole de culture physique, Université McGill;

M. A. A. Burridge, directeur de la culture physique, Université McMaster, Hamilton, Ont.;

Le capitaine Ian Eisenhardt, ministère de la Défense nationale, Ottawa.

Les témoins sont appelés, interrogés et se retirent.

M. Kinley et M. Bruce commentent élogieusement les témoignages rendus.

Le président remercie les témoins et, à une heure de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le vendredi 28 mai, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 27 mai 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin, sous la présidence de M. J.-A. Blanchette, vice-président.

Le VICE-PRÉSIDENT: Les mémoires qui doivent être présentés ce matin porteront sur la santé physique, et les orateurs seront le docteur Stanley Ryerson, vice-doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto; le docteur A. S. Lamb, directeur du Département de culture physique et de l'Ecole de culture physique de l'Université McGill; M. A. A. Burridge, directeur de la culture physique à l'Université McMaster, Hamilton, et le capitaine Ian Eisenhardt, du ministère de la Défense nationale. Je demanderais au docteur Heagerty de vouloir bien présenter ces personnages.

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président, madame Casselman, messieurs, j'ai en premier lieu l'honneur de vous présenter ce matin le docteur E. Stanley Ryerson. Vice-doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto, directeur de l'Ecole de culture physique et d'hygiène et professeur d'hygiène, le docteur Ryerson s'est consacré depuis plusieurs années à l'enseignement de l'hygiène, et c'est sous son inspiration qu'a été institué, à l'Université de Toronto, un cours de trois ans de culture physique et d'hygiène, afin de former des professeurs et des spécialistes en ces matières. Il est l'auteur de nombreux écrits sur la santé physique. Puis-je demander au docteur Ryerson de se lever?

Le docteur A. S. Lamb, de l'Université McGill, dirige depuis 1912 le Département de culture physique. Il cumule à l'heure actuelle les fonctions de directeur du Département de culture physique et celles de directeur de l'Ecole de culture physique. Président honoraire de l'Association de culture physique de la province de Québec, il est aussi le fondateur de la *Canadian Physical Education Association*, qu'il a présidée durant un terme de six ans. Je prierais le docteur Lamb de se lever.

Et maintenant, M. A. A. Burridge, directeur de l'enseignement de la culture physique à l'Université McMaster, à Hamilton, Ontario. S'étant donné à l'enseignement de la culture physique, M. Burridge en est, depuis vingt ans et davantage, le directeur en même temps qu'il est devenu une autorité en tout ce qui a trait à la santé physique. Je demande à M. Burridge d'avoir l'obligeance de se lever.

Quant au capitaine Eisenhardt, il n'est vraiment pas nécessaire que je le présente à cet auditoire, parce qu'il s'est acquis une belle réputation par son activité dans le domaine de la culture physique, et plus particulièrement par l'initiative "Pro-Rec" en Colombie-Britannique. J'ajoute que ces témoins se sont déplacés à leurs propres frais pour nous apporter leur concours dans l'œuvre que nous avons entreprise.

Le VICE-PRÉSIDENT: Je donnerai la parole au docteur Ryerson.

Le Dr E. STANLEY RYERSON est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs les membres du Comité, j'apprécie grandement l'honneur que vous m'avez fait en m'invitant à comparaître devant vous, et à vous entretenir afin de vous aider, si possible, à répandre l'idée de la santé physique par tout le Canada. C'est là un sujet qui m'est très cher et je suis enchanté de voir que le gouvernement s'y intéresse. J'espère bien que l'on arrivera à des résultats. Durant l'hiver, alors

que, à la demande du docteur Weir, je présidais un comité formé, à l'Université de Toronto, pour étudier le problème de la restauration d'après-guerre, j'ai eu l'occasion de rédiger un rapport sur les différents projets qui, à mon sens, devaient être développés pour l'avancement de l'enseignement médical. Le plus important me paraît être l'introduction, dans ce cours, de l'enseignement de l'hygiène. Je voulais vous lire un fragment sur ce sujet, et vous montrer, avec des preuves, comment la bonne conformité physique est un élément indispensable à la santé.

"L'homme a été lent à reconnaître la signification fondamentale du mot santé, qui désigne un état positif, dépassant quelque peu l'état négatif de l'absence de maladie. La médecine préventive est l'un des grands progrès accomplis en ces dernières années, mais il est temps aujourd'hui que la médecine fasse un autre pas et initie la nouvelle génération à l'art de la santé en tant que celle-ci peut se posséder comme un bien positif.

"La nature a doué l'homme d'un corps dont la structure est presque parfaite, et d'une coordination de fonctions qui continue de remplir d'étonnement la science. Ce corps est le plus souple organisme qui soit parmi toutes les créatures vivantes, et par son mécanisme devient le véhicule idéal de la vie supérieure de l'âme et de l'esprit. Un corps bien constitué, uni à tous les autres principes de la personnalité humaine, principes d'ordre émotif, moral et intellectuel, voilà l'homme."

Le 20 juin 1942, en Grande-Bretagne, paraissait dans le *British Medical Journal* le rapport de la *Medical Planning Commission*, où les raisons d'une réforme dans la pratique et la théorie médicales sont exposées dans les termes suivants:

"La Commission a adopté comme sujet de discussion la définition générale que voici des objets du service médical au pays:

(*a*) Etablir un système de soins médicaux ayant pour effet l'entretien de la santé positive, la prévention et aussi le soulagement de la maladie."

En d'autres termes, la santé positive a été reconnue par la *Medical Planning Commission* en Grande-Bretagne comme un facteur important de la pratique médicale, et les mots "l'entretien de la santé positive" pourraient précéder l'expression "la prévention des maladies" dans l'avant-dernière ligne de l'article 27 (1) "Prestations", de l'avant-projet de loi d'assurance-maladie. Je voudrais signaler que ce rapport a également été suivi d'un article du docteur John A. Ryle, professeur royal de Médecine à l'Université de Cambridge, médecin consultant du Guy's Hospital, à Londres, et qui vient d'être nommé professeur de Médecine sociale à l'Université d'Oxford en vertu de la dotation Nuffield. Le docteur Ryle publiait le 26 décembre 1942, dans le *British Medical Journal*, un article sur ce qu'il appelle "The Science of Health" et qui s'adresse aux étudiants en médecine:

"Comme matière de ma conférence annuelle en temps de guerre, j'ai choisi en cette occasion un sujet qui, chose curieuse, ne figure pas au programme des études. La médecine s'intéresse avant tout à l'expérience acquise (en vue de leur soulagement) au chevet des malades, dans la salle de consultation ou la clinique, et au laboratoire. Dans la science de la maladie entre aussi celle de la pathologie, qui comporte principalement l'investigation la plus méticuleuse dans les laboratoires, des causes, du progrès et des effets de la maladie. Mais indépendamment du fait que l'étude de la santé devrait, selon toute apparence, servir de préliminaire à l'étude de la maladie, nous ne trouvons pas de contrepartie à la médecine, aucune science parallèle d'observation qui se consacre à l'étude de la santé telle que cette étude s'acquiert au foyer ou dans les laboratoires. Il n'y a pas, non plus, de science qui, comme la pathologie, porte sur les causes, les phases et les effets les plus intimes de la santé.

"Hygie, fille d'Esculape, était la déesse de la santé, ce qui montre bien que les Grecs s'intéressaient vivement à ces questions, et le mot hygiène a commencé par désigner la science de la santé; l'acception moderne s'est néanmoins rétrécie

au sens de science sanitaire. Il est vrai que la physiologie et l'anatomie étudient certaines phases et certains attributs de la santé, et qu'elles formulent quelques normes pour se bien porter; mais, en général, elles sont plutôt muettes sur les manifestations extérieures de la santé, ou même sur ce qui pourrait s'appeler ses "symptômes et signes", ou encore sur cette coordination si complexe de fonctions qui la constitue. La physiologie et l'anatomie ne font qu'effleurer l'étude des causes et des conséquences de la santé.

"N'allez pas croire que je désire allonger ou compliquer le programme des cours; mais ceux qui étudient la maladie, ainsi que leurs professeurs ont certes accordé trop peu d'attention à cet état, que doit suivre une déviation ou une irrégularité quelconque pour que soit reconnue la présence de la maladie. Aussi, parce que cela comporte des conséquences pour nos tâches futures et nos chances de succès, je suggère que nous étudiions la question de la santé et la manière dont elle peut être le mieux comprise, ainsi qu'observée et étudiée le plus utilement. Commençons par nous poser les cinq questions suivantes: (1) Qu'est-ce que la santé? (2) Pourquoi faut-il se renseigner davantage sur la santé? (3) Quels sont les principaux symptômes, signes ou autres critères de la santé? (4) Quels sont les causes et les conséquences de la santé? (5) Comment pourrons-nous, à l'avenir, apporter une meilleure contribution à l'amélioration et au maintien de la santé?"

Dans la publication "The Science of Health" (La science de la santé), par Florence Meredith, 1942, il y a un graphique—je vous le ferai voir dans un instant—selon lequel "dans un groupe nombreux d'individus réunis au hasard, il s'en trouve une partie, peut-être 10 p. 100, qui sont virtuellement en parfaite santé. Au bas de la liste, environ 5 p. 100 sont en mauvaise santé, soit par maladie, soit par infirmité; d'autres, 5 p. 100 aussi, sont dans un état qui devrait leur interdire de travailler. Entre ces deux catégories extrêmes, il reste 80 p. 100 du groupe, ni vraiment en bonne santé, ni vraiment malade. Ces derniers ne sont pas en mesure de donner leur meilleur rendement, soit pour leur propre satisfaction, soit pour leur devoir d'état."

J'ai fait préparer un graphique, que voici, pour indiquer sous forme de dessin les pourcentages relatifs, ce qui pourra vous aider à comprendre. Voici les 100 p. 100 tels que les présente Mlle Meredith dans "Science of Health"; vous voyez ici les 10 p. 100 de personnes vraiment malades ou convalescentes. Voici les 80 p. 100 de personnes mi-mal, mi-bien. Et les 10 p. 100 qui restent sont les seules personnes de la catégorie A, celles dont la santé est parfaite.

J'ai présenté en 1941 un travail sur la santé humaine et son évaluabilité, et il était assez semblable à celui-ci. Je classais, moi aussi, les gens. Je mettais dans la catégorie les personnes décidément malades. La classe D comprend environ 30 p. 100 des gens, ceux qui "ont perdu la santé". Je vais expliquer cela dans un instant. Il y en a ensuite 30 p. 100 dont la santé est médiocre; 20 p. 100 chez qui elle est moyenne, et 10 p. 100 chez qui elle est excellente (10 p. 100, comme dans le graphique précédent). En d'autres termes, nous avons divisé en deux catégories cette catégorie-ci, celle des 40 p. 100. La catégorie A est celle des gens en parfait état au point de vue du physique, de l'alimentation, de la vie mentale, et à tous les autres points de vue. Viennent ensuite les gens de la catégorie B, qui comptent pour environ 20 p. 100, sont dans un bon état de santé moyenne et peuvent vaquer à leurs occupations quotidiennes; en recevant des soins appropriés quant à leur physique, leur alimentation ou leur état mental, un grand nombre des gens de la catégorie B peuvent monter à la catégorie A. Vient ensuite la troisième catégorie. J'y ai mis les gens dont la santé est "médiocre", et qui arrivent à peine à faire leur vie quotidienne. Leur santé est si pauvre que, de l'une des trois manières, état physique, alimentation, état mental ou émotif, ils ne font guère plus que se traîner jour après jour; ils sont une proie toute désignée pour la maladie. Il y a enfin les 30 p. 100 de la plus basse catégorie, ceux qui "ont perdu la santé"; cette expression représente la santé comme une chose positive qui peut se perdre.

M. Slaght:

D. Je n'ai pas compris dans quel pays ont été faites ces expériences.—R. C'est la manière dont je vois l'état de santé des gens ici même au Canada. Voici quelques chiffres que j'ai computés. Ce sont les miens propres, calculés avant d'avoir vu ceux du docteur Meredith au sujet des différents degrés de santé dans la population. Il y a au-dessous le classement par catégories des recrues de l'armée canadienne—et voici les 40 p. 100 qui correspondent à la première catégorie: les inaptes au service, et ceux des catégories les plus basses au point de vue du service. Ce classement est celui des 50,000 premières recrues de l'armée, publié dans le *Canadian Medical Journal*, et celui des 209,000 premières recrues, publié par le *Saturday Night* de Toronto. Dans les deux cas, environ 40 p. 100 des hommes acceptés par l'armée n'étaient pas en état parfait. Même ceux-là, acceptés par l'armée, n'étaient pas en état physique parfait. Dès qu'ils se sont engagés, on leur fait subir un entraînement qui les fait monter de la catégorie C à la catégorie B ou même A. C'est la vie qu'ils mènent qui leur rend la santé. L'expression "perdre la santé" est donc juste; on peut perdre la santé et ne souffrir de rien d'autre. L'homme perd alors sa vigueur, a peu d'appétit, peu de goût pour l'action. Il est irritable. En l'examinant, s'il est d'un âge entre 15 et 40 ans, on le trouve atteint de tuberculose; autrement dit, le premier symptôme de cette maladie est la perte de la santé, et rien de plus.

M. Howden:

D. Avez-vous donné le pourcentage?—R. Non. Je dis seulement que c'est fréquent. Je veux surtout signaler qu'un homme peut être atteint de tuberculose dangereuse et ne présenter d'autres symptômes que la fatigue et l'incapacité de faire son travail. Nous découvrons ces cas au moyen de la radiographie du thorax, comme il a été fait ici chez les employés de l'Administration. L'an dernier, grâce à cette méthode, nous avons découvert six cas de tuberculose chez des étudiants d'université. Nous en avions trouvé à peu près autant l'année précédente. Souvent ils n'avaient pas encore perdu la santé. Plusieurs ne se doutaient même pas de leur maladie. Lorsqu'on en arrive aux hommes plus âgés, les plus de quarante ans, la cause la plus commune de la "perte de santé" est le cancer interne; cancer de l'estomac, de l'intestin ou d'une partie quelconque du corps. Les seuls symptômes des premières phases de la maladie sont le manque d'application et d'endurance au travail. Le malade perd de l'embonpoint et son équilibre émotif s'altère. La seule manière de rendre possible la détection rapide de ces cas est de convaincre les gens en bonne santé de subir régulièrement un examen médical au lieu d'attendre la maladie pour se présenter chez le médecin. Ce que je veux signaler au sujet des catégories supérieures, qui représentent 60 p. 100 des gens, c'est que les hommes classés B et C peuvent être soignés et reclassés dans une catégorie supérieure par l'application des principes généraux d'un plan de culture physique.

M. Kinley:

D. Est-ce que les catégories inférieures ne comprennent pas un bon nombre d'hommes qui ne sont pas en mauvaise santé mais ont perdu un membre?—R. Oui. Mais c'est un domaine très vaste.

D. Beaucoup d'hommes ont un doigt de moins ou autre chose?—R. Oui. Mais en lisant la classification de ceux dont j'ai parlé, vous serez étonné du grande nombre d'autres choses qu'il y a.

M. Howden:

D. Vous avez parlé d'une manière bien générale au sujet du grand nombre de cas de cancer qui ont été découverts.—R. Non, il ne s'agit pas d'une forte proportion. Je dis simplement qu'un cancéreux ne présente d'abord d'autres symptômes, au début, que la perte de la santé.

D. N'avez-vous pas dit que le plus grand nombre de ces hommes était atteint du cancer?—R. Oh! non. Ce serait exagérer. Je veux simplement attirer votre attention sur ce point de vue.

D. Comment découvre-t-on les cancers durant leurs premières phases?—R. Simplement en me servant de mon expérience du cancer, et rien qu'à voir les malades à l'hôpital. Je pense que le docteur Bruce peut vous confirmer ce fait. Beaucoup des malades encore aux premières phases de la maladie—malheureusement, un trop grand nombre n'est malade qu'une fois le cancer très avancé—ne se pense nt pas atteints d'autre chose que de la perte de la santé Ils prennent des vacances et s'efforcent, durant des mois, de refaire leur santé; n'y arrivant pas, ils vont voir le médecin, qui leur découvre un cancer trop avancé pour être traité avec succès.

M. Lockhart:

D. Par suite des exigences actuelles du travail, est-ce que cet état de choses est plus évident de nos jours?—R. Vous voulez dire que le nombre de gens en mauvais état de santé est plus considérable?

D. Y a-t-il un plus grand nombre de gens dont l'état de santé laisse à désirer? —R. Non. Je ne crois pas que ce soit le cas.

D. J'ai compris qu'il en était ainsi.—R. Je n'ai pas de chiffres là-dessus.

M. Wood:

D. Est-ce que l'emploi a quelque chose à faire avec ces diverses catégories? —R. L'industrie se rend compte que les employés doivent être gardés en bonne santé, car les médecins des industries sont engagés pour examiner les ouvriers lorsqu'ils sont engagés. L'une des principales fonctions des médecins est de faire en sorte que les ouvriers continuent à se bien porter une fois qu'ils sont embauchés.

D. Voici le point sur lequel je désire des éclaircissements. Vous avez laissé entendre que l'alimentation joue un grand rôle à l'égard du bon état physique?—R. Oni.

D. Règle générale, les cultivateurs ont amplement de nourriture. Se trouvent-ils dans une meilleure catégorie?—R. Non, car les cultivateurs ne savent pas comment s'alimenter. C'est étrange. Et je puis ajouter qu'il en est de même pour le citadin. Pourquoi affiche-t-on dans les tramways des réclames pour indiquer le régime alimentaire qui devrait être suivi? En 1943, nous ne faisons que commencer à avoir une idée de ce que devrait être un régime alimentaire bien équilibré.

M. Slaght:

D. Cela s'applique-t-il aux breuvages aussi bien qu'aux aliments?—R. Cela en fait partie.

Au sujet de l'éducation physique proprement dite, voici ce que je suggère: "Il existe une demande pressante dans tout le Canada pour des personnes, hommes et femmes, ayant une connaissance approfondie de l'éducation sanitaire et de l'éducation physique et étant en mesure d'occuper des emplois suivants:

Professeurs dans les écoles secondaires;
Professeurs dans les écoles privées;
Professeurs dans les universités;
Directeurs dans les Y.M.C.A. ou les Y.W.C.A.;
Directeurs d'éducation physique, instructeurs ou surveillants, patrouilleurs de plage et de piscine dans les terrains de jeux urbains, centres de récréation en commun, sports industriels et commerciaux, jeux, clubs de jeux et de récréation, camps d'été.

Durant la guerre, les divers services des forces armées engagent des instructeurs d'éducation physique s'ils peuvent en trouver. Ils en ont pris un grand nombre qui étaient attachés à des écoles.

Etant donné la demande qui existe, les dispositions appropriées devraient être prises dans les universités canadiennes pour la formation de professeurs tant en éducation sanitaire qu'en éducation physique.

Ces cours pourraient être donnés dans les universités où sont enseignées aux étudiants en médecine, l'anatomie, la physiologie et la psychologie, et où les matières d'éducation sanitaire et d'éducation physique pourraient être enseignées par des professeurs qualifiés à cette fin."

J'ai préparé un autre graphique indiquant la relation qui existe entre l'éducation sanitaire et l'éducation médicale, et qui saurait peut-être vous intéresser. Dans la préparation de ce graphique, j'ai dû employer le mot "hygiologie" car, comme le docteur Ryle, que j'ai cité, le fait remarquer dans "The Science of Health", il n'y a pas de science de la santé qui corresponde à la pathologie, la science de la maladie ou de ce que nous appelons pathologie, que nous avons en médecine. Notre cours comprend l'anatomie, l'histologie, la chimie, la physiologie et la psychologie et le cours préparatoire aux études médicales. Puis nous passons à l'étude de la science de la maladie, à l'étude de l'anatomie pathologique, des changements qui peuvent être observés à l'œil nu dans l'organisme humain—histologie pathologique, chimie pathologique, physiologie pathologique et psychologie pathologique. Vient ensuite le cours sur l'art et la pratique de la médecine, stade qui comprend l'étude de l'histoire d'une personne et l'examen médical, dont le but est de diagnostiquer la maladie; après quoi vient la guérison par l'emploi de méthodes médicales, chirurgicales ou autres. Voilà autant de matières qui sont enseignées. Le cours médical comprend également l'enseignement de la prévention de la maladie et l'hygiène publique.

Puis, nous en arrivons à l'application du principe à la science de la santé que j'ai appelée hygiologie, expression formée des mots "hygie" et "logie" car, malheureusement, nous ne pouvons pas employer le mot hygiène par suite de son association d'idée avec l'assainissement. Dans son sens large, l'hygiologie a trait à l'art et à la science de la santé. Dans le cours d'hygiène de l'Université de Toronto, nous enseignons l'anatomie par rapport à la santé—l'anatomie hygiologique—puis la chimie par rapport à la santé, l'histologie par rapport à la santé, c'est-à-dire les changements microscopiques des tissus, la physiologie et la psychologie hygiologiques. Autrement, dit, l'étudiant qui suit ce cours reçoit la même attention que l'étudiant en médecine, avec cette différence, toutefois, qu'il applique les données et les théories à la santé de l'individu. La santé dépend, à l'examen, de la constitution de l'individu, de l'habileté avec laquelle il remplit ses fonctions et de la manière dont il s'adapte au milieu où il vit. En suivant cette idée générale, nous obtenons l'art et la science de la santé, tout comme nous avons l'art et la science de la maladie.

D'après l'histoire de la personne en santé, d'après son examen physique, dont l'objet est l'évaluation du degré de santé, c'est-à-dire le classement d'un individu dans une des catégories A, B, C, D, ou E, nous évaluons son degré de santé en tant qu'individu. S'il est dans une catégorie supérieure, la catégorie A, par exemple, il faut veiller à ce qu'il maintienne son état de santé et bien des gens ont besoin d'éducation sous ce rapport. Comme je l'ai dit, nous commençons à peine à nous rendre compte qu'il est possible de prendre des mesures pour que les gens se portent mieux.

En réponse à la déclaration du docteur Wood, je voudrais faire remarquer que les experts en agriculture ont enseigné au cultivateur comment préparer son terrain, choisir ses semences, afin que sa récolte soit vigoureuse, et que sa terre donne un bon rendement. En d'autres termes, l'application de cette science a pour but la production de bonnes récoltes, de bons fruits, l'élevage de troupeaux et de poulets sains. Le cultivateur sait que ses poulets ont besoin d'exercice et c'est pour cela qu'il leur donne de la paille pour les faire gratter le sol; et nous ne faisons que commencer à nous rendre compte que le même traitement devrait être appliqué à l'organisme humain afin d'élever le niveau de santé. Le but de ce cours

est d'inculquer cette connaissance aux étudiants afin qu'ils puissent la répandre et je compte que cela se produira dans un avenir plutôt éloigné que rapproché. Le plus tôt nous pourrons nous organiser dans ce sens, le plus tôt nous atteindrons notre but, mais je sais fort bien qu'il est difficile d'enseigner à un vieux chien de changer ses habitudes. On ne peut pas s'attendre à ce que la génération actuelle des hommes de plus de trente ans prenne une part active dans les exercices physiques, le développement physique. Vraiment, ils auraient tort de vouloir le faire s'ils ne le peuvent pas; et s'ils n'ont pas fait d'exercice, ce leur sera dommageable de s'y adonner trop vigoureusement. Cependant, je tiens à faire remarquer qu'un homme n'est jamais trop âgé pour participer à des jeux. J'ai un vieil ami, âgé de 90 ans, qui joue une partie complète de golf, dix-huit trous, tous les deux jours durant la semaine. Je joue au curling avec trois ou quatre hommes dont les âges varient entre 80 et 90 ans; notre plus vieux joueur de curling est âgé de 91 ans et il s'adonne encore à ce sport. On est jamais trop âgé pour se livrer aux sports, s'amuser, et ainsi maintenir sa santé au niveau normal. Si une personne n'est pas dans la catégorie A, il faut prendre des mesures en vue de faire monter le niveau de sa santé à un degré plus élevé, et à cette fin nous avons besoin de personnes entraînées et instruites pour donner suite à ces mesures.

M. AUTHIER: A propos d'exercice physique, n'est-il pas admis qu'on trouve chez les adultes certaines incapacités attribuables à l'entraînement physique non surveillé?

Le TÉMOIN: C'est bien possible; la chose est arrivée dans le passé.

M. AUTHIER: Et vous n'êtes pas d'avis que bien des cas de maladie de cœur sont dus à trop d'exercice physique sans surveillance appropriée?

Le TÉMOIN: A mon sens, le contraire est plutôt le cas; je crois que la profession médicale est allée trop loin dans sa crainte de l'exercice physique et son effet sur le cœur des personnes assez âgées.

M. AUTHIER: N'est-il pas possible de dépasser la mesure?

Le TÉMOIN: Oui, si une personne n'a pas l'habitude de l'exercice physique; mais ces vieillards de quatre-vingts ans, qui mènent encore une vie active, n'ont pas les moindres maux de cœur, parce qu'ils ont, toute leur vie, pris de l'exercice. Par ailleurs, l'homme de cinquante ans qui se met à se tourmenter au sujet de son cœur et qui, dans la crainte de l'effet que cela pourrait avoir sur son cœur, ne veut pas monter un escalier, agit précisément de façon à affaiblir son cœur. Le cœur, pour conserver sa force musculaire, a besoin, dans une certaine mesure, d'effort et de tension, et l'homme qui continue, dans une mesure raisonnable, à prendre de l'exercice, mènera une vie plus active et plus longue.

M. AUTHIER: Mais le cœur est susceptible de surmenage?

Le TÉMOIN: Pas si la chose est faite graduellement. Même les excès de jeunesse sont rarement apparents dans la dernière partie de la vie. Le malheur est que les gens ne se livrent à aucun sport pendant dix ans, puis jouent une partie de tennis, par exemple, et se tuent.

M. HOWDEN: N'est-il pas vrai que beaucoup d'athlètes meurent jeunes?

Le TÉMOIN: Il n'y a pas de statistiques à cet effet. L'activité physique est basée sur un principe fondamental, commun à toutes les choses vivantes. Le mouvement est un des facteurs biologiques fondamentaux chez toutes les choses vivantes, à commencer par le plus simple organisme à cellule unique, l'amibe, à l'intérieur duquel le protoplasme est en état constant d'agitation et de mouvement comme on le constate au moyen du cinéma. L'organisme peut se mouvoir dans son milieu et si vous examinez des cellules vivantes au microscope, vous constatez qu'elles sont continuellement en mouvement. Le mouvement est nécessaire au maintien de la qualité de la structure. Certaines fonctions doivent être accomplies et l'accomplissement de ces fonctions est nécessaire au maintien de la qualité de la structure.

M. FULFORD: Si une violente maladie de cœur se développe, l'exercice n'améliorera pas la situation.

Le TÉMOIN: Non. Je ne préconise pas l'exercice pour une personne qui souffre d'une maladie de cœur. Le point important dans tous ceci, dans toute cette question de la santé physique, est que l'individu qui désire prendre de l'exercice d'une manière active—et c'est là la raison pour laquelle je crois que la santé devrait entrer dans cette question—devrait subir un examen avant d'entreprendre des exercices physiques. Dans la plupart des universités et des écoles, aujourd'hui, on fait subir un examen médical. On devrait faire subir un examen médical à ces personnes, avant de leur permettre des exercices physiques, afin d'être sûr qu'elles ne souffrent pas de maladie de cœur. Mais, comprenez-moi bien, je ne suggère pas qu'un homme, souffrant d'une affection cardiaque, se livre à des exercices physiques.

Pour ce qui est du point de vue éducatif, j'ai ici un petit article publié par sir George Newman sur l'amélioration de la santé en Grande-Bretagne. Voici ce qu'il dit:

> La Commission (de l'instruction en Angleterre) mit en 1911 la culture physique au programme de toutes les écoles élémentaires, ainsi que des écoles secondaires sous la direction des autorités locales. Et en vue de permettre aux instituteurs d'enseigner cette nouvelle matière, elle fut également mise au programme de tous les collèges chargés de la formation des instituteurs.

Puis, il fait une description de ces classes de culture physique.

J'ai lu, sur la pratique de la médecine en Russie, un livre du docteur H. E. Sigorist, professeur d'histoire médicale à l'université John Hopkins, où il est question de culture physique, comme on l'appelle en Russie; j'aimerais vous en lire des passages pour faire voir ce qui a été accompli durant les vingt dernières années:

> La commission de culture physique fut établie en 1923. Elle comprend des représentants des commissariats de l'instruction, de la santé et de la défense ainsi que des unions ouvrières et des groupes de partis. Les fonctions de ce corps étaient de coordonner tous les efforts tentés en vue du développement de la culture physique, de surveiller et de diriger le travail accompli, de former les instituteurs, de favoriser les recherches. En 1916, la Russie des tsars dépensait 80,000 roubles pour la culture physique; en 1936 l'U.S.R.S. y consacrait 76,800,000 roubles et en 1937, 96,752,000 roubles. Ces chiffres ne comprennent pas les contributions locales et individuelles.

Cela vous donne une idée des progrès accomplis.

> On estime maintenant (1937) à 25,000,000 le nombre de personnes qui prennent une part quelconque au mouvement de la culture physique.
>
> La demande pour des professeurs de culture physique est immense. Des écoles d'entraînement, avec le rang d'université, furent établies de bonne heure, à Moscou, Leningrad, Kharkov et Bakou. On y prépare annuellement environ 4,000 étudiants qui suivent des cours de quatre ans. Vingt techniciens y entraînent aussi environ 4,000 instituteurs de qualification moyenne, chaque année; on y trouve aussi vingt-trois départements de culture physique, aux écoles normales, avec 3,000 étudiants... Des cours spéciaux, d'une durée de plusieurs mois, sont donnés dans les villages, pour la formation de 10,000 instructeurs en culture physique pour les régions rurales. Toutes les écoles de culture physique ont des divisions médicales où des médecins reçoivent une formation particulière, et sont destinés à la médecine en matière de sports.

Cela nous permet de nous former une idée des progrès accomplis en Russie. Des progrès analogues ont été obtenus en Grande-Bretagne et ailleurs. Evidemment ceux qui s'occupent de culture physique sont au courant de ce qui a été réalisé en Norvège, en Suède, en Finlande, en Tchécoslovaquie, en Allemagne et en d'autres pays, et tous ont raison quant à l'activité physique comme principe fandamental de l'amélioration de la santé.

Pour ce qui est de la Loi elle-même, j'aimerais que plutôt de l'appeler "Loi sur la santé physique", vous l'appeliez "Loi sur la santé physique et la récréation". J'aimerais que le mot "récréation" y figure et je vous dirai pourquoi. Je prends comme modèle la loi anglaise de 1937, intitulée "Physical Fitness and Recreation Act". L'attitude des gens à l'égard de la santé physique et la culture physique est extraordinaire. Je m'en rends compte continuellement, à l'université. Si un étudiant peut se soustraire à l'entraînement et s'en tenir au moindre effort, il le fait. La seule manière de remédier à cette situation, est de mettre au programme un sport ou récréation comportant des notes pour ceux qui s'y livrent. Si le projet pouvait être élargi de manière à inclure la santé et la récréation, vous vous assureriez, dans une plus large mesure, l'appui et la bonne volonté de ceux qu'il importe d'intéresser à la chose.

Je voudrais attirer votre attention sur une publication de la *Canada and Newfoundlan Education Association*, parue en mars dernier. Au chapitre sur la santé, dans cette publication, on suggère: "Un programme de santé suffisant comprendra ainsi ce qui suit et exigera, annuellement, les sommes mentionnées." Cela s'applique au programme particulier aux écoles et non à celui qui est conçu pour l'industrie, le commerce, ou pour les gens plus âgés...

(1) Une investigation immédiate sur les conditions existantes, $200,000;

(2) Des octrois spéciaux pour stimuler l'enseignement relatif à l'amélioration de la santé, $1,000,000.

Le rapport poursuit en énumérant les sommes à effectuer aux écoles locales pour les examens médicaux, et à la suite de leur étude, les enquêteurs suggèrent deux sommes. J'aimerais que vous considéreriez la possibilité d'augmenter considérablement l'octroi et d'étendre le programme pour qu'il ne soit pas restreint au simple point de vue de la santé physique.

Si vous établissez la loi d'après cette conception élargie, elle devrait être efficace. Je crois qu'elle jouera un rôle merveilleux dans la préparation de l'avenir du pays. Tout est prêt pour un mouvement de ce genre, si nous pouvons le mettre en œuvre—il est déjà lancé. Notre école de Toronto, l'école de McGill et celle de la Saskatchewan sont les seules qu'il y ait au pays actuellement. Les moyens de former les professeurs sont trop restreints. Chaque université, chaque école médicale devrait avoir un cours d'hygiène pour former les professeurs à enseigner l'art de la santé. Je suggérerais que la clause (*a*) au lieu de dire, comme à présent: "favoriser la santé physique du peuple canadien" se lise: "encourager le développement de la santé positive et de l'aptitude physique du peuple canadien". Vous devriez reconnaître l'évaluation de la santé comme un travail possible. La profession médicale en Grande-Bretagne a reconnu le problème. Bien des gens ne comprennent pas ce que c'est que l'estimation de la santé. J'ai essayé de vous démontrer qu'il y a quelque chose qu'on peut reconnaître comme étant la santé positive et qu'on peut y pourvoir.

Le deuxième point est le suivant: "Faire enquête sur la valeur des installations existantes et du personnel fourni, pour établir un programme d'hygiène, d'aptitude physique et de récréation." Cette enquête devrait porter sur les écoles primaires et secondaires. les écoles normales et les collèges de pédagogie. Chose étrange, la pédagogie concernant la santé et l'éducation physique ne s'enseigne pas dans les écoles normales de l'Ontario; je ne sais pas si elle s'enseigne dans les autres provinces. L'évolution physique saute du jardin de l'enfance à

l'école primaire supérieure et à l'université. Elle manque, à l'école publique, faute d'instructeurs qualifiés. A mon avis, les professeurs devraient apprendre ce travail dans les universités, les collèges et les autres établissements d'instruction publique et ce travail devrait se continuer "dans les associations récréatives; dans les clubs et associations commerciaux, industriels, ouvriers ou d'affaires; dans les sociétés de campements, de natation et de canotage;

(*c*) aider à la diffusion de l'enseignement de l'hygiène, de la culture physique et des arts récréatifs dans le groupe susmentionné;

(*d*) encourager, développer et coordonner toutes les initiatives concernant l'hygiène, la santé physique et les récréations dans les associations urbaines et rurales des centres d'hygiène locaux, et les activités aux terrains de jeux, sur les plages, aux piscines et aux endroits de canotage;

(*e*) approuver et appuyer activement toutes les initiatives organisées et prévues pour l'amélioration de la santé du peuple..."

Il existe, en Grande-Bretagne, une publication expliquant ce projet de loi; elle indique le nombre d'associations bénévoles concernées. Voici quatre groupes d'associations et des listes d'organisations bénévoles qui fonctionnaient lorsque le bill en question fut présenté. Ici, plusieurs de ces mouvements sont en marche; il nous faut coopérer et les aider à se développer plus rapidement.

(*e*) approuver et appuyer activement toutes les activités organisées et prévues pour l'amélioration de la santé du peuple et le développement de l'éducation en matière d'hygiène, de culture physique et de jeux et pour pourvoir aux installations à cette fin;

(*h*) nous ne croyons pas qu'il soit opportun d'inclure cette clause parce que l'amélioration des défauts physiques corrigibles aux moyens des exercices physiques relève de la profession médicale et des physiothérapistes.

Cette question va faire surgir immédiatement, je crois, un débat entre les médecins et les physiothérapistes.

Nous avons éprouvé des difficultés à organiser nos cours de gymnastique corrective dans les universités. Il ne nous est pas permis d'enseigner la gymnastique corrective à nos étudiants. C'est du domaine des physiothérapistes. Je crois que la dernière partie devrait être retranchée.

Formation des instituteurs et des chefs de files dans un collège national d'éducation physique.

Je n'approuve pas cette innovation de la Grande-Bretagne. Sans doute, on y est organisé autrement que nous en ce qui concerne l'établissement d'un collège national. Nous avons des institutions d'enseignement qui comportent des moyens de faire des enquêtes et de commencer immédiatement un cours comme celui qu'on a inauguré à Toronto. On peut commencer à les faire fonctionner dans les autres universités.

Comme, au Canada, l'enseignement ressortit à la juridiction provinciale, il est proposé que dans chaque province une école d'hygiène et d'éducation physique soit établie par les universités comprenant une faculté de médecine ou par d'autres universités, dans le cas où il n'existe pas de telle faculté. Le personnel de cette école pourrait se composer de représentants des organismes suivants: facultés d'arts et de médecine (ou à défaut, ministère provincial de la Santé), service d'hygiène de l'université, département d'éducation physique, de culture physique et/ou d'initiatives athlétiques de l'université, et faculté ou collège de pédagogie.

Il faudrait permettre aux hommes et aux femmes de suivre des cours pédagogiques en matière d'enseignement de l'hygiène, de la culture physique et de l'art récréatif; et je suggérerais que dans ce bill et dans la charte du Conseil, les autorités

n'oublient pas de pourvoir à la représentation des femmes aussi bien que des hommes parce que, en réalité, les femmes ont développé l'éducation physique avec plus d'entrain que les hommes. Beaucoup d'institutrices de marque dans ce domaine portent un vif intérêt à ce travail et y sont bien préparées; elles pourraient être des représentants appropriées de ce groupe dans le Conseil national. Je vous remercie beaucoup.

SOMMAIRE

Mon mémoire à l'adresse de votre Comité avait les buts suivants:

1. Montrer que la santé est un état positif et non pas seulement l'exemption de maladie.

2. Insister pour que les autorités prennent des moyens de hausser le niveau de santé positive et d'aptitude physique d'une proportion aussi grande que possible de la population, d'ici dix ans, par l'établissement d'un grogramme relatif à l'activité physique, à l'alimentation et à l'hygiène mentale.

3. Proposer que la portée du bill soit étendue et qu'au lieu de viser "la santé physique" il vise "l'hygiène, la santé physique et la récréation".

4. Proposer qu'on remplace les mots "éducation physique" par "enseignement de l'hygiène, éducation physique et récréation".

5. Proposer que le programme suggéré comprenne "les écoles normales et les collèges de pédagogie", "les centres de récréation ruraux et urbains", "les associations sportives, industrielles et commerciales, les sociétés athlétiques et récréatives".

6. Proposer que l'alinéa (*d*) soit ainsi conçu: "Préparer les professeurs, conférenciers, chefs de file et instructeurs, dans les écoles normales, les collèges et universités, à enseigner les principes et la pratique de l'éducation sanitaire, de l'éducation et de la récréation physiques."

7. Proposer que l'alinéa (*e*) soit ainsi conçu: "Organiser des exercices physiques destinés à favoriser la santé physique et fournir les moyens nécessaires à ces fins."

8. Proposer la suppression de l'alinéa (*f*) de l'avant-projet de loi étant donné que le redressement des défauts physiques par des exercices appropriés est confié au physiothérapiste compétent sous la direction d'un médecin régulier.

9. Proposer que "le montant de l'aide financière annuelle ne dépasse pas une somme proportionnelle à la somme d'un million deux cent mille dollars", etc.

Le VICE-PRÉSIDENT: Merci, docteur Ryerson. Je crois que c'est maintenant le tour du docteur A. S. Lamb, directeur du département de culture physique et de l'Ecole de culture physique, Université McGill. Le docteur Lamb.

Le Dr A. S. LAMB, directeur du département de culture physique et de l'Ecole de culture physique, Université McGill, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre, mesdames et messieurs, j'estime que c'est un honneur d'être invité à exprimer son opinion sur le projet de loi concernant la santé physique. A mon avis, le docteur Heagerty a raison de suggérer qu'il serait bon de préparer un exposé et de laisser au Comité le loisir de l'étudier. J'en ai des exemplaires à votre intention, mais peut-être ne tiendrez-vous pas à les lire quand j'aurai fini.

Je tiens à féliciter vivement ceux qui ont préparé le projet de loi concernant la santé physique. La guerre offre peu d'avantages, mais je penche à croire que sans ce bouleversement international nous aurions continué à nous montrer indifférents envers la santé physique et la vigueur de notre peuple.

La plus grande richesse d'une nation consiste dans la santé de ses citoyens et notre pays n'a pas de plus urgent problème que celui de ses futures ressources humaines. Nous aurons beau dépenser de l'argent et nous consacrer activement au développement, à l'encouragement et à la protection de nos ressources naturelles, tout cela ne servira à rien si nous négligeons de soigner et développer nos

relles, tout cela ne servira à rien si nous négligeons de soigner et développer nos sera inutile. Nous devons donc nous considérer très heureux de voir apporter tant d'intérêt aux aptitudes physiques de nos citoyens d'aujourd'hui et de demain, que ce soit pour la guerre ou pour les plaisirs de la paix.

Futures ressources humaines

Sir George Newman a dit: "Aucune nation n'est grande si elle néglige ses enfants", et nous avons de nombreuses preuves que jusqu'ici nous n'avons pas accordé à ces obligations le soin et l'attention qu'elles méritent.

Quoiqu'il soit évidemment sage de concentrer nos efforts sur la conservation et la mobilisation de nos ressources naturelles, nous devons aussi toujours nous rappeler que derrière tous ces problèmes se dresse la question fondamentale des ressources humaines de notre pays. Si elles sont insuffisantes, la production diminue. Si elles manquent de vigueur, de force, d'endurance, nos moyens d'attaque et de défense en souffrent également. Si la source d'approvisionnement est pauvre en vitalité et en force, si elle n'est pas organiquement saine et solide, en d'autres termes si les garçons et les fillettes de notre pays ne sont pas en bonne santé physique, que pouvons-nous espérer des ressources humaines de demain?

Il semble inutile de nous appesantir sur les tristes découvertes de notre inventaire humain—non seulement la proportion de ceux déclarés inaptes au service au moment de l'examen médical, mais les 100,249 qui étaient dans l'armée et qui, pour différentes raisons, ont été renvoyés depuis le début de la guerre jusqu'au mois de décembre 1942 (1). Si nous avions porté remède dès le début aux défauts susceptibles de guérison, si nos jeunes gens avaient eu une plus grande réserve de résistance et de vigueur, s'ils avaient été mieux capables de supporter les fatigues et les rigueurs du service, choses qu'un bon programme d'entraînement physique aurait rendues possibles, il y aurait eu une grande amélioration. Je ne dis pas que nous aurions pu prévenir toutes ces incapacités, mais nous aurions certainement pu en diminuer le nombre et la gravité.

Le mémoire du docteur Heagerty contient des données sur les programmes nationaux d'éducation physique existant en d'autres pays. Ces données sont principalement intéressantes en ce qui concerne les états totalitaires, où les enfants sont au service du régime dictatorial. Nous, dans nos démocraties, nous n'avons pas su comprendre la nécessité d'une orientation plus minutieuse. Notre problème n'est pas seulement d'arrêter le renvoi de plusieurs milliers d'hommes chaque mois des forces armées—de mettre chacun dans la place qui lui convient et où il sera plus satisfait et plus utile—mais notre problème fait partie d'un plus grand problème qui demande tous nos efforts pour sauvegarder la santé et les aptitudes physiques des générations futures.

Grande-Bretagne

Permettez-moi d'attirer votre attention sur la situation en Brande-Bretagne et la sollicitude manifestée à cet égard pendant les années antérieures à la guerre.

En 1935, la *British Medical Association* chargeait un comité spécial d'éducation physique d'étudier le rôle que jouait à cette époque l'éducation physique dans l'amélioration de la santé et de la constitution physique de la nation. "Le comité a été expressément institué pour obtenir, non seulement l'opinion des médecins, mais des renseignements professionnels et techniques sur cet important et complexe sujet" (2). Pour faciliter l'étude de ce problème, outre les mémoire et témoignages oraux l'Association a envoyé des centaines de questionnaires à des écoles privées, publiques et secondaires, à des collèges, à des départements d'entraînement dans les universités, à des entreprises industrielles, à des organismes volontaires et à des pays étrangers.

Voici quelques extraits du rapport:

> Le but de l'éducation physique est d'obtenir et de maintenir la plus grande mesure possible de développement et fonctionnement du corps

humain et de faciliter ainsi le développement des capacités mentales et du caractère. Le corps et l'esprit sont si intimement liés qu'il semble à la fois peu scientifique et exagéré de les séparer comme on le fait dans ce qu'on appelle communément l'éducation... Un corps éduqué physiquement est un corps bien équilibré, tout comme un esprit instruit au vrai sens du mot est un esprit bien équilibré. L'équilibre du corps, de l'esprit et de l'âme devraient marcher de pair et se compléter; et la perfection de l'équilibre physique, mental et spirituel devrait être le seul but réel et scientifique de l'éducation... Il est possible d'acquérir une force herculéenne sans arriver nécessairement à un parfait équilibre... Le problème de l'éducation physique est de faire comprendre à l'individu que le corps, comme l'esprit, peut être gouverné par la volonté et d'indiquer l'orgueil dans la saine maîtrise des deux.

Une analyse critique de la situation dans différentes classes de la société est suivie de recommandations spécifiques en vue d'améliorer les standards de capacité physique—sur une échelle nationale, d'après les plans et sous la direction d'une autorité centrale—et à l'effet que le succès du plan dépend du nombre suffisant de professeurs compétents et de la relation intime entre l'éducation physique et la science et l'art de la médecine.

Il est agréable d'observer que les dispositions de l'avant-projet de loi se rapprochent beaucoup des constatations du comité britannique et qu'elles suivent des lignes parallèles aux mouvements lancés dans d'autres parties de l'Empire. Toutefois, chez nous comme en Angleterre, il est un peu tard pour fermer la porte de l'écurie.

Préparation

Le rétablissement et la reconstruction sont deux importants aspects de tout plan de sécurité sociale, mais n'est-il pas plus important de prendre des mesures vigoureuses de préparation, soit pour gagner cette guerre, soit pour permettre à la nouvelle génération de mener une vie saine et heureuse? Sûrement c'est pour eux et pour leur avenir que nous sommes en guerre. Il est essentiel que nous placions notre argent en bons de la Victoire, mais les placements pour améliorer notre race sont encore plus essentiels et nous rapporteront de bien plus gros dividendes.

Permettez-moi de consulter le rapport préparé par le comité d'enquête de la *Canada and Newfoundland Education Association* récemment nommé à la requête du comité consultatif de la reconstruction et auquel le docteur Ryerson a fait allusion, pour me renseigner sur les besoins d'éducation du Dominion (3). Le comité a été chargé de dresser la liste, par ordre d'urgence, des besoins d'éducation au Canada. Ce comité, comme vous le savez, était composé des plus grandes autorités dans le domaine de l'éducation au pays et avait placé en tête de la liste "Examen sous le rapport de la santé et soin des enfants". Le rapport insiste sur le fait que "le premier souci des écoles est de former des jeunes Canadiens sains de corps et d'esprit"—que les enfants sains représentent un avoir pour le pays et les enfants malades une responsabilité. Des recommandations très claires sur la santé se trouvent à la page 18 de ce rapport.

Des enquêtes parmi les écoliers ont révélé des proportions effarantes de mauvaise constitution, par exemple:

(*a*) Quatre-vingt-dix pour cent des enfants fréquentant les écoles élémentaires où n'existent pas les soins dentaires ont des défauts de dentition qui, s'ils sont négligés, causeront des maladies et retarderont l'éducation.

Ce n'est pas moi qui le dis, c'est le rapport.

(*b*) Au cours d'une récente enquête, il a été constaté que seulement 45 p. 100 des enfants jouissaient d'une santé normale.

Ce n'est pas moi qui l'invente. Cette dernière enquête a été effectuée dans une province. La première, celle des 90 p. 100, est celle faisant l'objet du rapport de la *Canada and Newfoundland Education Association*. Chaque fois que je fais une citation ou que j'avance quelque chose je me sers d'un numéro de renvoi indiquant la source et vous les trouverez à la fin de mon rapport. Ce sont là des chiffres incroyables.

Il y a au Canada trois millions et un tiers d'enfants au-dessous de 14 ans (28.5 p. 100). Il y a presque quatre millions et demi de personnes au-dessous de 20 ans, soit 38 p. 100 de la population totale (4).

Le contrôle de la santé dans les écoles constitue un besoin pressant et, dans notre enquête sur les causes et origines, il est clair que nous devrions concentrer notre attention sur les jeunes, de manière à corriger de nombreux défauts et enrayer les progrès du mal.

On ne peut pas du jour au lendemain corriger les défauts physiques et donner aux enfants la force, la vigueur, l'agilité et l'endurance; on ne peut pas non plus accomplir de réels progrès si on ne se fait pas une bonne idée que l'enfant est une machine vivante, dynamique dont les différentes parties physiques, mentales, morales et sociales ont entre elles des rapports intimes et inséparables. L'Association canadienne d'éducation physique a beaucoup insisté là-dessus à sa convention annuelle à Vancouver en juin 1939. Cette assemblée d'avant-guerre avait pour devise "Un programme national de santé physique pour le Canada".

Délits—Institutions charitables et bénévoles

Comme vous le savez, les délits augmentent d'une manière surprenante chez les adolescents. Les condamnations (au-dessous de 16 ans) pour infractions graves ou légères ont augmenté de 7,035 en 1938 à 8,431 en 1940—soit de presque 20 p. 100. Les condamnations pour délits graves dans le groupe des adolescents de 16 à 20 ans ont augmenté de 46 p. 100 de 1931 à 1940 (4). L'Angleterre a eu une augmentation de 41 p. 100 dans le groupe au-dessous de 14 ans depuis les 12 mois qui ont précédé la guerre jusqu'à la fin des douze premiers mois de guerre. Vous avez sans doute lu dans les journaux qu'il s'est produit une augmentation effarante dans diverses parties du pays depuis un an.

Il y avait en 1940 plus de 54,000 personnes dans nos institutions charitables et bénévoles. Sur ce nombre, 38,000, soit 70 p. 100, avaient moins de 20 ans (4).

Une publication récente, indiquant les causes de ces délits parmi la jeunesse et les services que la récréation peut rendre pour les diminuer, vient d'être distribuée par la *National Recreation Association* des Etats-Unis (5). L'aspect économique de ces problèmes n'a pas été oublié.

Industrie—Moral—Santé

A part les cas de maladie et d'infirmités évidentes, il existe un autre aspect de la santé nationale moins facile à discerner et que, faute d'un meilleur terme, nous appellerons le moral.

Une récente publication de l'*American Psychiatrie Association* (6) portant sur certains aspects du moral des civils contient nombre d'observations significatives. Du moral dépend, à un grand degré, l'issue de la guerre. Quand le moral est bon, les groupes et les individus continuent à travailler et à combattre malgré les plus grands revers. Quand, en revanche, le moral est bas, les efforts diminuent, l'inefficacité fait son apparition et le courage s'évanouit. Tous les chefs des services de défense et d'industrie, aussi bien que ceux sur la ligne du front, doivent admettre le problème, apprendre à cultiver et renforcer le moral de leurs subordonnés et comprendre ses rapports avec le problème de l'absentéisme.

La santé mentale est encore plus importante que la santé physique en ce qui concerne le maintien du moral. Browning a dit: "Même quand ton corps est en excellent état, peut-il projeter ton âme bien loin dans la voie solitaire de l'existence?" Les gens perpétuellement inquiets, ceux qui se plaignent constam-

ment et les soupçonneux qui nourrissent des vues antisociales font de très mauvais ouvriers. La fatigue, qui est un des principaux problèmes, fait diminuer le rendement et augmenter les maladies et les accidents, engendre des erreurs, émousse l'initiative et cause la mauvaise santé physique et morale qui s'ensuit naturellement.

Les conditions de travail, le bruit, la lumière, la température, l'humidité, le nombre optimum d'heures de travail, la nutrition, le repos et l'exercice en quantité nécessaire, la monotonie, la tension nerveuse, la crainte, un sentiment d'isolation, etc., toutes ces choses sont des facteurs significatifs et il est nécessaire de tenir meilleur compte des valeurs potentielles en remédiant à ces difficultés, en établissant une atmosphère d'optimisme et d'espérance et en augmentant la santé physique et mentale. La mauvaise santé physique et mentale est le saboteur déguisé de la production comme de toutes les autres sphères d'activité.

Une conférence convoquée par le ministère du Travail a eu lieu à Ottawa le 9 avril 1943 pour discuter l'importance de la récréation et de la santé physique dans l'industrie. Je prends la liberté d'annexer à ce mémoire l'appendice I qui contient un sommaire des procès-verbaux de la conférence. Des conseils régionaux et locaux de récréation ont été établis dans certains districts pour essayer de fournir les installations et le personnel nécessaires. Avant la conférence, l'université McGill avait donné un cours d'entraînement à l'intention des instructeurs de récréation industrielle, d'octobre à décembre 1942 (7) pour essayer de répondre aux besoins de la région de Montréal.

C'est-à-dire que nous avons choisi quelque personnes ici et là dans les industries et nous leur avons fait suivre un cours rapide d'entraînement pour les mettre en mesure de retourner dans les industries et d'aider à organiser des moyens de récréation.

J'attire également votre attention sur le plan institué par le ministère des Services nationaux de guerre. Je n'ai pas beaucoup de renseignements à ce sujet mais j'y fais allusion dans mon mémoire.

Je parle de ces deux mesures ministérielles pour montrer que toutes les fois qu'il s'agit de bien-être physique, mental et émotif sur une base national, on obtient les meilleurs résultats par la coopération.

Formation des instructeurs

Il est impossible de donner la force et la santé à nos gens par des mesures législatives. Nous pouvons leur fournir les installations et le matériel, mais cela ne servira à rien si nos citoyens n'adoptent pas un attitude de bienveillance et de coopération. Cette attitude ne peut être acquise qu'au moyen d'une direction compétente et habile. Vous avouerez, j'en suis certain, qu'il est difficile de forcer les gens à manger ce qu'il faut ou à faire les exercices voulus au moment nécessaire. Nous ne pouvons pas leur imposer la santé pas plus que nous ne pouvons imposer l'honnêteté, ou la loyauté, ou le moral ou tout autre attribut moral. Le désir de faire ces choses doit venir de l'individu comme résultat de ses sentiments et de ce que nous accomplissons pour lui. Nous pouvons fournir les moyens, nous pouvons préparer la scène, pour ainsi dire, et espérer que cela fera naître chez lui des idées saines et des habitudes convenables. Tout cela est impossible sans bons professeurs et instructeurs habiles.

L'Université McGill forme des instructeurs d'éducation physique depuis plus de trente ans; il y a aussi des cours à l'Université de Toronto et de la Saskatchewan. Le problème des ressources humaines et les chances de gagner plus d'argent ont produit une grande rareté d'instructeurs, et le nombre rapidement décroissant d'étudiants qui suivent les cours indique que le problème deviendra encore plus grave à l'avenir. Il faudrait porter remède à cela le plus tôt possible.

Santé physique et capacité fonctionnelle

Un système organique sain, c'est-à-dire l'absence de troubles anormaux au moment d'un examen, n'est pas une preuve de capacité physique ou fonctionnelle. Cela a été abondamment démontré au cours des dernières années. Un homme doit avoir confiance dans la vie qu'il mène ou dans les choses pour lesquelles il lutte, et dans ses chefs. La santé totale implique la santé mentale et émotive ainsi que la santé physique. L'attitude mentale doit conduire à des efforts coopératifs bien disciplinés et les réactions émotives doivent être réfrénées pour qu'un homme devienne une saine créature sociale. La conviction dans la justice d'une cause donnera le courage et la détermination de réussir et c'est ainsi que seront maintenues ces traditions très enviables et très vénérées de notre Empire, le moral et l'esprit de corps. Une grande proportion des renvois de l'armée, dont nous avons déjà parlé, est due à des troubles entièrement psychomatiques. C'était un rapport entre l'esprit et le corps. S'il est sage d'augmenter la valeur de nos ressources humaines pour la guerre, et nous sommes sûrement tous d'accord là-dessus, n'est-il pas doublement important de s'intéresser à ces choses pour rendre la vie meilleure et plus saine dans une paisible société démocratique. Nous devons être forts pour les nécessités de la guerre, mais bien portants pour la paix de demain.

Tendances—Education physique

Le progrès de l'éducation physique est marqué par des tendances significatives et une des plus importantes est le fait que nous nous rendons maintenant compte que, bien qu'une personne possède des organes sains, elle a encore beaucoup à faire avant d'être physiquement apte. La forte, l'endurance, l'agilité et la coordination sont des qualités précieuses dans toutes les classes de la société, mais il n'est pas facile de les acquérir—elles demandent du travail.

Il existe de nombreuses méthodes de mesurer l'aptitude organique et musculaire, mais celle qui paraît donner les meilleurs résultats est celle de Brouha que le laboratoire de fatigue de Harvard vient d'annoncer dernièrement. Nous avons maintenant, paraît-il, des essais qui nous permettront bientôt non seulement de mesurer l'aptitude des aspects mécaniques de la machine, mais qui indiqueront la manière dont l'individu réagit envers les autres membres de la société, et comment il supportera les fatigues et les tensions dans des circonstances pénibles.

Monsieur le ministre, si nous pouvions faire des essais de ce genre, je suis sûr qu'ils seraient très utiles dans le domaine politique. La plupart des programmes d'éducation physique comprennent aujourd'hui des exercices d'endurcissement et de conditionnement pour rendre les gens capables de faire face aux circonstances de la vie moderne, des exercices du genre commando de préférence aux exercices enseignés jusqu'ici.

Tout plan national qui sera élaboré devrait dresser une série d'épreuves d'efficacité auxquelles seraient soumis les jeunes gens et les jeunes filles de différents âges pour établir s'ils possèdent les qualités requises. L'objet d'un plan de ce genre serait de susciter l'intérêt et l'enthousiasme qui ne peuvent être éveillés autrement.

Le procès-verbal de la *National War Fitness Conference* (9) tenue à Cincinnati, Ohio, en avril 1943 et les publications intitulées "Physical Fitness through Physical Education" (10) abondent en renseignements précieux sur le sujet.

Les références sont annexées et voici quelques exemplaires qui pourront être consultés une fois la séance levée. Je ne puis cependant vous laisser toutes ces publications.

Remarques

1. Plusieurs faits probants pourraient être avancés pour prouver que la santé et la vigueur de notre jeunesse sont loin d'être satisfaisantes et que les méthodes auxquelles on a présentement recours ne peuvent résoudre le problème.
2. Il a été scientifiquement démontré qu'un programme d'éducation physique qui serait organisé comme il convient contribuerait de façon importante à la santé physique, intellectuelle et morale.
3. L'avant-projet de loi est un jalon dans la voie du progrès de la santé au Canada.
4. La nomination de fonctionnaires professionnels, techniques et autres (art. 3 (10), page 1) et la formation d'instituteurs (art. 4, (*d*), page 2 du bill) sont essentielles au succès de ce plan.

Comme vous ne l'ignorez pas, ces conditions ont été prévues dans le bill.

5. Une collaboration étroite devrait être établie avec les autres ministères des gouvernements fédéral et provinciaux; et aussi, avec les associations médicales, pédagogiques, professionnelles, avec les organismes d'hygiène, de bien-être et de secours social.

   (M. J. G. Lang, président de la *Canadian Physical Education Association*, m'a autorisé à soumettre, à titre d'Appendice II, un bulletin spécial qui explique l'attitude de l'association vis-à-vis du bill.)
6. Les avantages et les services du personnel de tous les organismes apparentés devraient être mis le plus possible à contribution.
7. Il faudrait dresser des normes et des formules pour les examens médicaux, les horaires, les programmes et les cotes de succès.

Et, ce qui est plus important encore:

8. Les buts et les méthodes devraient être clairement définis. Il faudrait s'entendre avec les organismes bénévoles pour régler les joutes athlétiques. Il est nécessaire de s'entraider et d'éviter les malentendus.

Procédons pas à pas, et non sans avoir prudemment sondé le terrain.

9. Il ne faut rien négliger pour amener le public à prendre mieux conscience de l'importance de la santé intégrale: démonstrations, discussions, articles de journaux, émissions radiophoniques, vues animées.

Conclusions

La complexité des nombreux problèmes auxquels vous avez à faire face et les multiples panacées qui ont déjà été soumises sont pleinement appréciées. Quand on considère le coût de la maladie dans les années à venir, il est évident que toute mesure prise pour prévenir les maux et développer la santé est sage au point de vue économique; mais ce qui importe bien davantage, c'est que notre peuple jouira plus pleinement de l'existence. Il faudrait que nous soyons beaucoup plus avides d'améliorer la santé organique et fonctionnelle des foules que de voir une élite atteindre un haut niveau d'habileté athlétique.

Des spécialistes en médecine, en pédagogie et en culture physique ont énoncé leurs vues, et il est probable que ces opinions constitueront un suffrage presque unanime en faveur de la santé corporelle comme élément de perfectionnement social. Il faudrait même fonder dès maintenant sur ce développement d'autres projets de sécurité sociale.

Il n'est pas de besoin plus pressant, de placement plus sûr et de bénéfice plus alléchant. A votre bill de santé physique et à vous-mêmes, messieurs, je souhaite plein succès.

Références

(1) Dépêche de la Presse canadienne, d'Ottawa—dans le *Montreal Star* du 25 mars 1943.
(2) Rapport du *Physical Education Committee* de la *British Medical Association*. Bureau de la *British Medical Association*, 19 Tavistock Square, W.C.1, avril 1936.
(3) Rapport du Comité d'enquête de la *Canada and Newfoundland Education Association*, mars 1943.
(4) Annuaire du Canada, 1942.
(5) Teen Trouble (What Recreation Can Do About It). *National Recreation Association*, 315 4th Avenue, New-York. (10c.), avril 1943.
(6) Psychiatric Aspects of Civilian Morale. *American Psychiatric Association*, 122 E. 22nd St., New-York, N.Y., 1942.
(7) Industrial Recreational Training Course Bulletin. Department of Physical Education, McGill University, Montreal. Décembre 1942.
(8) Selection of Officer Candidates—Studies in the Relation of Personality to Field of Work. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1943.
(9) Proceedings of National War Fitness Conference. American Association for Health, Physical Education and Recreation, 1201-16th St., N.W., Washington, D.C., avril 1943.
(10 Physical Fitness Through Physical Education. Fort the Victory Corps (Brochure nº 2). Federal Security Agency, U.S. Office of Education, Superintendent of Documents, Washington, D.C., 1942.

Le VICE-PRÉSIDENT: Merci, docteur Lamb. Y a-t-il des questions à poser? Sinon, nous entendrons maintenant M. A. A. Burridge, directeur de l'Enseignement de la culture physique, McMaster University, Hamilton, Ontario.

M. A. A. BURRIDGE est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs les membres du Comité, je pense bien qu'à l'heure qu'il est on a déjà abusé de votre attention, et j'essaierai de vous entretenir le plus brièvement possible. L'intérêt que je porte à un projet de loi comme celui de la santé physique au pays date naturellement d'un certain temps, du temps où, dans toute la province d'Ontario et même d'un bout à l'autre du Canada, nos organismes étaient très désireux et sollicitaient avec instance que l'on adoptât un bill de cette nature. Il y a un peu plus d'un an et demi, alors que j'assistais à une réunion de l'*Interprovincial Rugby Football Union*, je me rendis compte que l'impression générale était que tous les sports devraient être interrompus pour la durée de la guerre. C'est ainsi que j'appris ce qui se passait à Ottawa et que je commençai à m'y intéresser. Personne ne souhaitait une interruption de ce genre, mais on redoutait la critique. Les choses en étaient au point que tout homme de notre âge craignait d'aller faire une partie de golf à la campagne. Il ne s'y rendait qu'à contre-cœur, parce qu'il sentait que cette action pourrait être jugée comme méprisable. On croyait généralement que le gouvernement devait intervenir pour déclarer que chacun avait la permission de prendre part à des divertissements dans son propre intérêt, et des délégués furent choisis. Par hasard, c'est moi qui fus appelé à être leur porte-parole. Une entrevue nous fut accordée par M. Ralston. On nous avait justement conseillé de voir M. Ralston. M. Ralston nous déféra aimablement à M. Mackenzie; j'eus donc le plaisir de me rendre compte que M. Mackenzie avait, sur son pupitre ou dans ses dossiers, tout un trésor de documents relatifs à cette question et qu'il souhaitait que le bill voulu fût adopté. J'eus aussi, un peu plus tard, le privilège de causer avec le docteur Heagerty, au moment où certaines clauses du bill étaient en voie d'élaboration; la chose me parut excellente, et je crus qu'il y avait là un projet dont, à mon sens du moins et à celui des membres des groupements d'étudiants et d'autres organismes, le public entier devait être mis au courant.

Je demandai sur l'heure si une déclaration ne pourrait pas être publiée montrant que le gouvernement s'intéresserait au bien-être de la populatoin, et M. Mackenzie eut la bienveillance de faire une déclaration qui aussitôt fut radiodiffusée par la Presse canadienne. Plusieurs d'entre nous, dans les différentes provinces, n'attendaient que cela pour encourager dans leur activité les organismes de culture physique et de sport; ceux-ci se maintinrent sur pied et continuèrent de fonctionner sans interruption. Nul doute que ces sports comportent aussi des voyages et de l'équipement; mais c'est là un tout autre aspect de la question. Chaque fois qu'il était loisible à ces organismes de continuer de fonctionner, on essaya de les persuader de le faire. Je parle en connaissance de cause de plus de cinquante organismes de culture physique ou de sport et de groupements analogues qui connaissent l'existence du bill et qui n'ont continué depuis un an de fonctionner que parce qu'ils espéraient qu'il se produirait quelque chose pour leur aider à maintenir leur activité. Je ne veux pas dire quelque chose qui leur aiderait financièrement, mais moralement, si vous voulez—qui serait un encouragement moral. J'ai eu, depuis un an, l'occasion d'assister aux réunions d'un certain nombre de ces organismes et d'y prendre la parole. J'ai causé avec leurs directeurs, j'ai échangé avec eux de la correspondance. Par conséquent, lorsque je dis "cinquante organismes" je pourrais vraiment renchérir sur ce nombre; mais plusieurs des organismes en question ont écrit au ministère de la Santé et je sais que ces lettres sont conservées à l'heure actuelle dans des classeurs.

Le bill n'a donc pas été élaboré hâtivement. On y a longuement réfléchi. Le projet même n'est pas de conception récente. Les orateurs qui m'ont précédé ont signalé qu'en Russie, aux Etats-Unis, en Afrique du Sud, en Australie et dans d'autres pays, fonctionnent actuellement des plans analogues et bien organisés; et je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas tenter ici la chose et arriver, avec le temps, à des résultats aussi encourageants, étendus et diversifiés que ces pays. Nous les imitons, il est vrai, mais la métropole les a imités également; et nous espérons seulement que le Canada réussira aussi bien que l'Angleterre.

Au lendemain de Pearl Harbour, les Américains, tout en ayant déjà un programme de santé physique, le programme "Hail America", se mirent immédiatement à l'œuvre; et dans le temps de le dire, l'horaire des études dans un grand nombre de collèges fut modifié pour accorder, à l'avenir, plus d'importance que jamais à la santé physique. Le premier mois, à Détroit, eut lieu un congrès national des directeurs de la culture physique. Je m'y rendis par avion et je pus constater avec une vive satisfaction que l'on prenait un intérêt des plus intenses à la culture physique; je vis aussi que le programme d'études des collèges serait modifié pour permettre aux jeunes gens d'être initiés davantage aux exercices du corps, même s'il fallait pour cela réduire d'autant le programme académique comme mesure de guerre. Au cours de l'année qui vient de s'écouler—à l'exemple du travail accompli à Montréal et à Québec par le docteur Lamb et ses associés,—la ville de Hamilton s'est vivement intéressée au programme et un conseil a été constitué là-bas. On a parcouru la ville entière, enquêté auprès de tous les organismes existants—y compris les sociétés industrielles, commerciales, le conseil municipal, la commission scolaire, etc.—en vue d'élaborer un programme d'amusements. Je dois dire que c'est à la suite d'une visite du capitaine Eisenhardt que l'on s'est mis à l'œuvre effectivement. Depuis cette date, l'on attache de plus en plus d'importance à la culture physique, sans oublier, non plus, les divertissements. Je me suis même laissé affirmer que le gouvernement d'Ontario a affecté une somme d'argent assez considérable au développement de la culture physique parmi la jeunesse.

Je m'aperçois que le temps passe. J'avais rédigé quelques feuillets, mais plusieurs points ont été traités par les orateurs précédents; je me contenterai donc des quelques observations que je juge les plus importantes.

Dans les industries, on a pu constater que la somme plus grande d'énergie et d'endurance physique que les travailleurs sont maintenant obligés de dépenser est épuisante. Aujourd'hui, la double lutte qui se livre dans les usines aussi bien que sur le champ de bataille exige de l'homme qu'il déploie toutes les ressources de son activité.

Nous savons que, au point de vue physique, l'éducation de notre peuple a été négligée. La crise actuelle a mis en lumière l'importance d'une constitution qui rende les civils, et non plus seulement les militaires, physiquement aptes à servir. L'endurance, l'agilité et l'habileté sont des qualités aussi essentielles au travailleur qu'au soldat. Malheureusement, les enquêtes du Service sélectif ont révélé l'existence de certaines faiblesses fondamentales parmi la population: défauts, déficiences, désordres et maladies; ces faiblesses nuisent au rendement et constituent autant de désavantages. Une victoire à la fin de la guerre en cours est au prix de la santé et de la robutesse de nos effectifs, et pourtant 25 à 50 p. 100 des hommes qui s'enrôlent aux différents dépôts sont physiquement désavantagés. Parmi ceux qui ont été admis aux Etats-Unis, une investigation a démontré que, en moyenne, les enrôlés de la catégorie "A" étaient incapables de se hausser une fois jusqu'au menton à la barre fixe, de sauter une clôture à trois pieds de terre ou de courir un demi-mille à leur propre pas. Ces refus au taux de 50 p. 100 des hommes signifient une pénurie correspondante de main-d'œuvre. Il est évident que si tant de jeunes hommes d'âge militaire sont affligés de déficiences, celles-ci doivent exister aussi en fort pourcentage dans les autres rangs de la population.

Il suffirait que le Dominion s'efforçât de maintenir sur un pied uniforme les différents programmes de culture physique lancés dans les provinces pour que plusieurs des lacunes découvertes par le Service sélectif soient facilement comblées. Le développement de la culture physique contribue à la santé positive et à l'hygiène mentale en leur préparant le terrain. Impossible que le système nerveux de l'individu puisse supporter le fardeau de la civilisation moderne si toutes les énergies n'ont pas été cultivées dans les ressources latentes du corps. L'expérience a démontré péremptoirement que les hommes et les femmes, les jeunes garçons et les jeunes filles qui se livrent modérément et régulièrement à des exercices musculaires jouissent en fait d'une santé meilleure et ont en réserve plus de résistance. Certains pourront croire qu'il faudrait apprendre à se priver de tout divertissement, de tout sport et de tout ce qui est agréable dans l'existence pour la durée de la guerre; mais nous sommes, au contraire, d'avis que le moral même du peuple dépend de l'art de vivre agréablement la vie.

Quelqu'un a dit que l'on se fait mieux connaître par la façon dont on travaille. Le bien-être de la société dépend dans une certaine mesure de la manière dont on se comporte lors des élections, mais il dépend beaucoup davantage de la manière dont on se comporte entre les élections. La plus grande lacune, le plus grand défaut de notre système d'instruction nationale réside dans le domaine de la culture physique. Nous avons le devoir de modifier notre système d'enseignement, afin que l'entraînement physique, l'intérêt et l'habileté dans l'activité corporelles y acquièrent plus d'importance. J'ai éprouvé beaucoup de satisfaction en apprenant par un rapport que, dans l'Etat d'Idiana, on s'est évertué à lancer un programme de santé physique dans les écoles et les collèges. Il faudrait insister sur les exercices intra-muros, y donner plus de temps, et aussi obtenir une meilleure installation, arriver à une administration plus développée et plus compétente, à un enseignement plus efficace, et adopter un programme qui vise à mettre chacun là où il est le mieux à sa place. On comprend l'importance des *Keep Fit Clubs*. Un comité d'orientation a été institué pour élaborer un programme de longue durée qui accorde une valeur accrue à la santé physique.

Si le présent bill est adopté, le Canada pourra lancer un programme d'action semblable à celui des autres pays. Jusqu'à la conception de ce projet de loi, nous étions, au Canada, les victimes d'une certaine forme d'hystérie. Des hommes éminents nous disaient que "notre premier but était de gagner la guerre, et que

les sports pouvaient être tolérés du moment qu'ils n'entravaient en rien l'effort de guerre". Un autre mot d'ordre veut que "rien n'importe maintenant que la victoire". Mais ceux d'entre nous qui suivent de près le développement de la culture physique n'ont jamais cessé d'être convaincus qu'il est impossible de fournir un effort soutenu sans un certain fonds de santé et de souplesse que l'on n'acquiert que par les divertissements. Il n'est pas plus raisonnable de vouloir accélérer le rythme et le rendement de la production en empiétant sur les heures de sommeil qu'il ne l'est de faire un abus semblable des émotions en ne procurant à l'individu ni repos ni détente. Abstraction faite du travail manuel, il est impossible d'avoir au Canada une génération d'hommes robustes comme nos pionniers sans introduire un programme de sports qui dépasse infiniment tout ce que nous avons pu rêver jusqu'ici. Dans ce programme, presque chaque individu aurait sa part, et l'on insisterait tout particulièrement sur la jeunesse et sur ceux des sports en plein air qui demandent le plus de vigueur.

Votre projet de loi serait le moyen tout trouvé pour mener à bien ce programme et améliorer la santé physique de notre jeunesse. Tout jeune homme devrait pouvoir en profiter aussi bien que l'étudiant, parce que ce qui est bon pour l'étudiant est bon pour quiconque n'est pas étudiant. Des centaines d'écoles et de collèges sont déjà munis de gymnases et de piscines. Il faudrait que les mêmes avantages soient accordés au public en général. Rien d'impossible à cela. Les directeurs expérimentés en la matière se comptent par milliers et pourraient être rendus disponibles par le Service sélectif. Le Conseil national devrait engager tous les cercles sportifs du temps de paix à ne rien ralentir de leur activité à moins d'y être forcés par la difficulté des transports ou par un manque d'équipement. De fait, un coordonnateur a été nommé aux Etats-Unis pour enquêter sur les moyens d'accorder aux clubs plus de facilité de déplacement et d'équipement. Bien que ces clubs soient forcés à recruter dans leurs équipes des membres de moindre réputation, ils devraient quand même être encouragés à voir à ce que les qualités acquises dans les joutes sportives par les différents joueurs puissent leur servir à l'armée. Ceux qui s'y connaissent au ballon savent que ce que j'avance est vrai. Le joueur de ballon apprend à recevoir des ordres, à saisir promptement les intentions de l'adversaire, à se porter sur la zone de danger, à rester calme en face des événements; il a des habitudes invétérées et des muscles d'une grande souplesse, deux qualités qui sont le fruit de l'entraînement. Or, voilà qui est essentiel au soldat et à l'homme d'affaires.

Commençons par modifier notre attitude vis-à-vis des sports et par leur accorder plus d'importance; qu'une collaboration effective s'établisse entre les différents organismes athlétiques; que le gouvernement ne se contente pas de les encourager par des paroles, mais leur vienne directement en aide, et alors il n'y aura pas de raison pour que ne se produise pas une immense hausse dans le niveau de la santé nationale. Cela permettrait de réduire les périodes d'instruction de nos soldats, et ces soldats pourraient être envoyés plus tôt dans les services de l'armée où l'on a le plus besoin d'hommes "aptes et prêts". Les soldats de la production porteraient leur fardeau avec moins de fatigue, il y aurait moins d'absences de l'atelier, et la jeune génération serait mieux préparée à mener à bien la tâche dont elle héritera, celle de "reconstituer pierre à pierre l'univers démoli".

Merci beaucoup.

Le VICE-PRÉSIDENT: Y a-t-il des questions à poser? Sinon, j'appelle maintenant le capitaine Eisenhardt.

Le capitaine IAN EISENHARDT, du ministère de la Défense nationale, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs les membres du Comité, j'ai bien peur de n'avoir aucun mémoire à vous soumettre, parce que je n'ai eu le temps de rien rédiger depuis le moment où vous m'avez invité à

comparaître devant vous jusqu'à maintenant. Mes éminents collègues vous ont brossé un tableau; je ne ferai moi-même, je pense, que vous décrire brièvement ce que j'ai vu au Canada depuis mon arrivée ici en 1929.

Je suis venu dans votre pays parce que j'avais obtenu une bourse de l'Université de Copenhague. Cette bourse m'était accordée pour une petite thèse sur la manière dont un jeune homme peut faire son chemin dans le monde. Je démontrais que quiconque connaît les sports et les jeux en faveur dans le pays qu'il va habiter est déjà initié à la vie de son peuple d'adoption. J'avais joué au cricket dans certains clubs d'Angleterre; en France, j'avais fait de l'escrime et du tennis; en Allemagne, j'avais pris part à certaines parties de football. Cela me permettait d'entrer immédiatement dans les familles, et de là dans la vie nationale du pays. En arrivant au Canada, j'ai eu la grande chance de me faire confier un poste sur un terrain de jeux. C'est le terrain de jeux McLean's, dans l'est de Vancouver; il y avait des gens de trente-six nationalités: des Scandinaves, des gens d'Europe centrale, des Canadiens de la première génération, des Japonais et des Chinois. Il n'était pas facile de faire marcher tous ces garçons et filles; d'autant moins facile qu'ils ne voulaient pas jouer ensemble. Ils se présentaient au magasin du club et demandait une balle. J'en donnais aux premiers. D'autres arrivaient et voulaient aussi une balle. Je leur disais: "Pourquoi n'allez-vous pas jouer avec les autres?" Ils disaient: "Non, ils ne sont pas de notre race. Nous sommes un groupe par nous-mêmes et nous voulons jouer tout seuls." Sur ce terrain de jeux, avec l'aide de mes collègues et sous la direction de notre surintendant des jeux, nous avons réalisé une véritable société des nations. Nous faisions jouer ces enfants ensemble et par conséquent vivre ensemble. Les environs du terrain de jeux étaient pleins de débits clandestins de boisson, et les enfants venaient de milieux très mauvais. Mais ils ont appris d'excellentes leçons au terrain de jeux de l'est de Vancouver.

En 1934, j'eus la bonne fortune de voir le docteur Weir, ministre de l'Education de la province, qui s'intéressait à l'adoption d'un programme d'hygiène. Nous étudiâmes la question, présentâmes un projet au Cabinet, et, en 1934, naquit le plan appelé le "système Pro-rec", des mots "provincial recreational centres" (centre récréatifs provinciaux), comptant 3,000 membres en 1934 et de 30,000 à 35,000 durant chacune des années 1937, 1938 et 1939. C'est une adaptation du plan tchécoslovaque des Sokol, selon la conception anglaise des sports et des jeux et le système des collèges secondaires du Danemark. Avec ce mélange, adapté aux conditions canadiennes, nous avons doté la Colombie-Britannique d'un excellent système de formation de la jeunesse. Au temps de la Commission Purvis, il y avait un comité appelé le Comité national de l'hygiène, sous la direction de cette commission, et j'ai eu le privilège d'assister à ses assemblées. Le quatrième article du Plan fédéral et provincial de formation de la jeunesse demandait le rétablissement physique de nos jeunes chômeurs. Grâce à ce plan fédéral et provincial de formation de la jeunesse, toutes les provinces du Canada avaient droit à une aide du pouvoir fédéral pour le rétablissement physique de leurs jeunes chômeurs. La Colombie-Britannique se prévalut de ce droit. Nous avions déjà quelque chose, mais nous reçûmes ainsi une aide plus forte. L'Alberta, la Saskatchewan et le Québec adoptèrent ensuite un plan moins ambitieux, et d'autres provinces allaient, j'en suis sûr, faire de même. Je pense que tout le Canada a tiré avantage de ce plan. Les autres provinces auraient pu le faire, car des sommes avaient été réservées à cette fin.

C'était très intéressant de s'occuper des jeunes chômeurs. C'était triste, évidemment, mais c'était aussi une expérience très intéressante. Ces jeunes gens semblaient croire que, sans argent, ils ne pouvaient rien pour eux-mêmes. Ils venaient à nos centres récréatifs. Ils restaient là, debout, à regarder jouer les autres, sans aucun désir de les imiter, ne connaissant pas les jeux.

Tous ces jeunes chômeurs étaient des produits de nos écoles, mais ils ne savaient pas jouer même les jeux canadiens les plus simples. Nous dûmes donc

les traiter presque comme des enfants, enseigner à ces grands garçons la manière de lancer une balle, de l'attraper, et leur enseigner le sens de l'équipe. En leur apprenant à jouer ensemble, nous leur apprîmes à vivre ensemble. C'est le grand avantage de la formation par les jeux et la culture physique. La discipline des jeux devient pour les jeunes une véritable seconde nature. Si, par l'éducation physique et l'esprit démocratique, on peut leur enseigner à devenir des citoyens véritables, ils deviennent une richesse pour le pays. Nos clubs canadiens, en Colombie-Britannique, ont organisé ce plan par toute la province; non pas seulement dans les villes, mais dans les campagnes aussi bien. Au début de la guerre, j'ai eu une belle expérience, celle de travailler chez nos soldats; mais je dois dire de nouveau que l'état de santé de nos hommes n'était pas ce qu'il devait être. Je me rappelle avoir vu, durant mes voyages en Europe, des images représentant le Canada sous les traits d'un agent de la Gendarmerie royale, en tunique rouge et d'une taille de six pieds. Sur d'autres images, c'étaient des bûcherons, des trappeurs, des mineurs. Voilà, dans toute l'Europe, l'idée que l'on se fait du Canada. Hitler n'a rien dit contre les Canadiens. Il a traité les Anglais de décadents, et les Américains de décadents, mais il doit avoir du Canada une image comme celles dont je viens de parler. Il ne connaît des Canadiens que ces images d'hommes robustes. Il ne faut pas le détromper. Le bill que vous étudiez est de la plus haute importance.

Permettez-moi de dire que je connais depuis de nombreuses années le docteur Lamb, il m'appelait Jack Wright (le joueur de tennis) et il m'appelait M. Molson. J'ai connu le docteur Lamb; Jack m'a battu au tennis; je n'ai pu échapper nulle part à M. Molson.

Beaucoup de nos jeunes gens ne peuvent pas, non plus, échapper à M. Molson ni, disons, aux récréations commerciales, car les agglomérations canadiennes ne sont guère dotées d'autres facilités récréatives. Je généralise trop, monsieur le président. Nous avons très peu de facilités récréatives, dis-je, en dehors des facilités commerciales. Certaines municipalités, certaines provinces s'intéressent aux jeunes gens, mais c'est un verre d'eau dans la mer. Il ne se fait rien de suffisant. Même ce que nous faisons en Colombie-Britannique n'est qu'un faible commencement. Mais ce peut se développer. Ce sont les facilités commerciales qui ont donné à nos jeunes toutes les distractions, tous les jeux et toutes les récréations. Ils n'ont qu'à fouiller dans leurs poches et y prendre quelques sous pour obtenir tout le plaisir qu'ils veulent. La plupart de nos jeunes gens ne peuvent pas éviter ce genre de récréations, car il n'y a pas, là où ils habitent, autre chose à faire. Les tavernes, les salles de billard et les salles de danse, c'est très bien, mais à condition que ce ne soit pas tout.

Je suis allé dans des villages et de petites villes de ma province où j'ai causé des problèmes récréatifs avec les notables. Je réunissais certaines personnes pour cette étude. Le lendemain, d'autres demandaient pourquoi j'avais choisi ces personnes-là en particulier, pour une réunion de ce genre. Je répondais: "Ce sont les principaux citoyens de l'endroit; il fallait m'adresser à eux." On m'apprenait alors que ces citoyens principaux étaient aussi des rivaux de tout comité récréatif visant à fournir des facilités d'amusement aux jeunes gens; ils étaient tous propriétaires de tavernes ou de salles de billard, et notre projet ne les intéressait pas. On me disait que ces gens-là m'approuveraient peut-être officiellement, mais pas de tout leur cœur.

Ce qui est nécessaire dans tout le Canada, d'après moi, c'est qu'un grand nombre de personnes—surtout les personnes que cela concerne—travaillent vigoureusement et sincèrement à l'organisation des sports, des jeux et de la culture physique. Mais il ne se fait rien de concerté. Voici quelque chose que je n'aime pas à dire, car vous pouvez le comprendre mal. Je trouve significatif le fait que dans tous les pays envahis, Hitler s'est assuré avant tout le concours des champions de jeux et de sports ainsi que des grands maîtres de la culture physique. En arrivant en Norvège, il s'est attaché Birger Ruud, le grand sauteur en

skis. En France, ce fut le Basque bondissant qu'est Jean Borotra, le grand joueur de tennis. Au Danemark, il obtint l'alliance de Faech Hansen, notre grand sportsman; en Finlande, c'est Nurmi. Il a fait la même chose partout. Il s'est assuré l'appui des athlètes, pour gagner plus facilement les jeunes gens.

J'ai rencontré, il n'y a pas longtemps notre plus grand sportsman canadien, qui détient encore deux championnats mondiaux, comme amateur, et qui reste champion professionnel invincible. Il a six pieds de taille; il est prestigieux, magnétique. C'est un homme qui devrait travailler activement à la formation de la jeunesse. Pour qui pensez-vous qu'il travaille? Pour une compagnie de boisson qui a compris la valeur publicitaire de son attrait personnel.

Nous avons beaucoup de cas semblables, au Canada; beaucoup d'hommes de talent qu'il faudrait exploiter—pour user de ce mot. Nous avons besoin d'hommes de ce genre pour la réalisation de notre plan. Je ne dis pas que cet hommes est un professeur-né; mais il a du prestige aux yeux des jeunes. Ils ont de l'admiration pour ses succès; le fait qu'il soit l'un de nos meilleurs Canadiens les attire. C'est la sorte d'homme qu'il nous faut à la tête de l'enseignement des sports qu'il pratique.

Je veux dire quelques mots, maintenant, des écoles. Nos écoles manquent de gymnases, de terrains de jeux et de clubs de sports. Il y a beaucoup à faire dans ce domaine. Nos universités prennent tout à fait au sérieux la question de la culture physique, et j'espère que plus d'universités, comme l'a dit le docteur Ryerson, formeront des instructeurs de culture physique. Il reste quand même beaucoup de travail à accomplir dans nos écoles primaires, aussi bien en ville qu'à la campagne.

Je suis d'avis que la culture physique doit être fonctionnelle. Il faut que nous puissions voir nos jeunes gens se développer au fur et à mesure qu'ils pourront participer aux jeux et à l'athlétisme.

Souvent viennent à moi des gens aux pieds plats, à la poitrine plate, aux épaules tombantes, qui me disent qu'autrefois ils étaient forts à tel ou tel jeu. ils disent: "Je faisais ceci, je faisais cela." Eh! bien, d'après moi, ces gens qui ont profité d'une éducation physique devraient être énergiques, forts, magnétiques. A quoi sert la culture physique si elle n'est donnée qu'à un petit nombre de personnes qui n'en gardent qu'un souvenir et auxquelles ce simple regard en arrière suffit à donner le torticolis? Je sais que nos associations privées et nos unions athlétiques font de bel ouvrage, mais elles n'ont pas l'appui des provinces ou du gouvernement fédéral autant qu'il le faudrait..

Parlons maintenant de l'armée. Je ne veux pas m'y arrêter, ne parlant ce matin que comme simple citoyen privé; mais je puis dire que, lorsque j'ai travaillé à l'entraînement des soldats—et j'aimais beaucoup, à mes heures, aller jouer avec eux—j'ai constaté la même chose que chez les chômeurs: qu'il fallait leur enseigner des jeux. Il existe un complexe d'infériorité qui retient les gens dans le rôle de simples spectateurs de jeux. C'est pourquoi ils disent qu'ils n'aiment pas à jouer, et que cela ne les intéresse pas, ce qui provient simplement de l'ignorance ou du manque d'occasions d'apprendre durant leur jeune âge. Il y a certainement une chose importante que notre plan de culture physique peut faire. C'est de donner à un plus grand nombre de gens la chance de jouer. Dans l'armée, comme je viens de le dire, ils en ont la chance. Je ne connais pas exactement la méthode que l'on y suit, mais l'armée offre de merveilleuses occasions d'éduquer nos jeunes gens physiquement, mentalement et spirituellement.

Pour en venir au plan que nous étudions, j'ai lu le projet de loi à plusieurs reprises, et tout ce que je puis dire, c'est qu'il arrive bien tard et qu'il faut le réaliser sans perdre un moment. J'aimerais qu'on y consacre des sommes plus fortes. En Colombie-Britannique, notre budget est de $100,000, environ; je me rends compte que les montants réservés à cette fin sont insuffisants, mais je n'en affirme pas moins que, quelle que soit la manière dont nous commencerons,

l'adoption d'un plan élargi frappera l'imagination. Les bienfaits du plan seront si grands que la population réclamera vigoureusement, j'en suis sûr, des mesures plus vastes encore et des dépenses plus considérables. C'est ce que le Canada peut faire de plus grand; ce sera un facteur d'unité pour notre population et cela poussera peut-être nos jeunes athlètes à voyager d'une province à l'autre quand les temps le permettront. Vous verrez qu'il est possible d'enseigner la démocratie par la culture physique en habituant les gens à vivre ensemble. C'est une manière d'apprendre aux gens à vivre ensemble. C'est l'une des mesures les plus avancées que nous puissions préconiser, et j'espère, monsieur, qu'elle sera adoptée et que, dans les années futures, au lieu de $250,000, les autorités alloueront $50,000,000 ou $60,000,000 pour ce travail. Merci.

M. ADAMSON: J'aimerais poser une question au docteur Lamb. J'ai parlé à la radio le 1er janvier de cette année. J'ai dit certaines des choses qu'a dites le docteur Lamb, mais avec beaucoup moins d'autorité et moins de compétence que lui. J'ai parlé à peu près des mêmes choses. Le ministre de l'Hygiène de l'Ontario m'a aussitôt accusé de répandre des faussetés absolues et des rumeurs sans fondement. C'est au Club des Lions de Toronto-Nord qu'il m'a ainsi attaqué. Il a dit que mes assertions étaient fausses. Il m'a fallu, pour me défendre, venir chercher ici des chiffres, semblables à ceux qu'a donnés le docteur Lamb, et les publier.

Voici la question que je veux poser: qu'allez-vous faire pour instruire les gens au sujet des conditions que vous avez rapportées et qui existent encore? Qu'allez-vous faire pour que les gens comprennent qu'ils ne sont pas dans le meilleur des mondes? Je voudrais poser aussi une autre question. Récemment, à Toronto, où la situation du logement est presque désespérée, nous avons persuadé la *John Inglis Company* de distribuer 10,000 circulaires à ses employés, pour leur demander s'ils désiraient améliorer leurs conditions de logement. De ces 10,000 circulaires distribuées, 10 revinrent avec des réponses. Comment vous y prendrez-vous pour enseigner aux gens que tout n'est pas pour le mieux dans le meilleur des mondes?

Le Dr LAMB: Je vais tâcher de répondre. Je ne sais pas le nom du député qui vient de parler. J'ai entendu parler de cette affaire par les journaux; je voulais lui écrire, car ma sympathie est acquise à toute personne qui lance une campagne de ce genre et subit des attaques, en particulier de la part des autorités; j'ai passé par les mêmes épreuves. Je ne sais quel conseil vous donner, sinon de veiller à ne citer que des faits, jamais des rumeurs. Je m'y suis fait prendre, une fois. J'ai répété quelque chose entendu ailleurs et que j'avais trouvé frappant; et il se trouva que c'était sans fondement. Depuis ce jour-là, j'ai toujours veillé à ne citer de faits que confirmés par une association nationale comme l'Association antituberculeuse du Canada, ou encore par l'Annuaire du Canada. Je n'aime pas croire ce que que dit ce livre, mais c'est une publication officielle de l'Etat, et les chiffres que je vous ai donnés sont pris de l'Annuaire du Canada, édition de 1942, du Bureau des statistiques vitales, et d'autres références du même genre.

Je pense que, si vous voulez persister dans vos efforts, il vous faudra encaisser les coups et souffrir le martyre; mais la chose en vaut la peine. Est-ce que cela répond à vos questions? Il y a autre chose. Vous parlez de l'ignorance des gens à ce sujet. Le plan en question est de nature, d'après moi, à corriger cela à la longue. On n'y arrivera pas du jour au lendemain, mais, en semant dans les écoles les idées nécessaires, il est possible de faire beaucoup. Je pense qu'une certaine amélioration en sortira. Beaucoup de nos difficultés passées provenaient du fait suivant: il est possible aux jeunes gens, dans certaines provinces, d'acquérir leur diplôme d'enseignement sans même avoir leur immatriculation. On les accepte à l'école normale, par exemple, vers leur dixième année, et après neuf mois ils deviennent instituteurs. Voilà qui sème l'ignorance chez nos enfants.

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président, je trouve que le docteur Lamb a répondu complètement et très succinctement à M. Adamson. Nous sommes

extrêmement ennuyés, nous du service de l'hygiène publique, lorsque nous lisons des affirmations extrêmes, exagérées et fausses au sujet de la morbidité canadienne, et en particulier lorsque ces critiques visent le ministère des Pensions et de la Santé nationale, qui n'a pas juridiction immédiate sur les lacunes signalées.

Il y a, dans la société, beaucoup de faux prophètes, beaucoup de réformateurs qui ne prennent pas le temps, comme l'a fait remarquer le docteur Lamb, d'aller aux renseignements, bien que les renseignements soient à leur disposition. Ils croient tout et tous; il est naturel que nous soyons ennuyés. Aussi, je comprends très bien que le ministre de la Santé de l'Ontario ait été ennuyé de ce qu'a dit M. Adamson, si ce n'était pas appuyé sur des données statistiques. Voilà la situation. Je trouve que le docteur Lamb a bien répondu.

M. ADAMSON: Je veux mettre les choses au point. Ce que j'ai affirmé, je l'ai pris dans l'Annuaire du Canada. J'ai été stupéfait d'apprendre que le ministre de l'Education de l'Ontario ne disposait pas d'un exemplaire de l'Annuaire du Canada.

M. FULFORD: Le docteur Lamb lui-même a dit que la transformation en question ne pouvait se faire du jour au lendemain. Mais l'Allemagne ne nous a-t-elle pas démontré qu'elle pouvait se faire en une période de temps remarquablement courte? C'est du mouvement "La force par la joie" que je parle; les Nazis l'ont fait servir à leur fins, ce qui est un grand malheur pour le monde. Mais, de 1933 à 1939, il accomplit une transformation extraordinaire du caractère physique et mental de la race allemande. J'étais en Allemagne en 1931, et j'y suis retourné en 1937. En 1937, il ne fallait pas être—quel est ce nouveau mot du docteur Ryerson?—hygiologue, pour voir la différence de mine des passants, dans les rues allemandes. Cela ne se fait peut-être pas du jour au lendemain; nous ne pouvons peut-être pas employer les méthodes de restauration ou les moyens de coercition qui ont servi en Allemagne, mais nous pouvons voir quand même les résultats auxquels on arrive par une culture physique appropriée.

Le Dr LAMB: Je suis tout à fait de votre avis. Je ne voulais pas dire que la durée du travail requis doit nous décourager. Je connais, moi aussi, certains des mouvements de culture physique d'Europe; j'ai voyagé aussi, une fois, en Allemagne, et j'ai vu presque tout ce qui s'y faisait dans le sens de la restauration des facilités récréatives, des terrains de jeux, etc. On aménageait pour les jeux des terrains immenses. Il paraît qu'on en a construit beaucoup; aujourd'hui, naturellement, ils se sont trasformés en aéroports. L'enrégimentation de la jeunesse allemande a été utile à cet égard; mais je ne pense pas que nous puissions obtenir de grands succès par la même méthode. Occupons-nous, du moins, de nos instituteurs; commençons par eux. Donnons-leur des idées justes, et par eux nous atteindrons les enfants des écoles. Ils acquièrent une bonne attitude à cet égard, et partent de là pour travailler immédiatement de leur mieux, ce sera à notre avantage.

M. FULFORD: Est-ce que tout ne se résout pas à un manque d'éducation?

Le Dr LAMB: Oui.

Mme CASSELMAN: Dans les écoles normales autant qu'ailleurs?

Le Dr LAMB: Oui, car c'est le seul endroit où soient formés les instituteurs. Là où j'en parle dans mon travail, je ne demande pas d'enseigner aux instituteurs seulement la culture physique. J'aimerais qu'il soit bien compris qu'il est austsi important de donner cette mentalité à nos instituteurs que de former des instructeurs spécialisés en culture physique.

M. KINLEY: Monsieur le président, je trouve que nous avons eu une séance de Comité splendide. J'ai goûté la belle allure physique des messieurs que nous avons écoutés; cela démontre qu'ils mettent en pratique leurs enseignements. Il est sûr qu'il nous reste beaucoup à faire, au Canada, pour rendre normale la santé de tous nos gens. Mais à comparer les avantages dont jouissent aujourd'hui

mes enfants dans les écoles publiques avec le peu que nous avions autrefois, lorsque j'étais un enfant, je trouve que nous avons fait de grands progrès; nous voyons d'ailleurs de plus en plus les heureux résultats de la culture physique, et cela surtout, je pense, en ce qui concerne les femmes. Les plus âgés d'entre nous se rappellent les femmes d'autres époques et trouvent que la femme moderne a traversé une véritable révolution au point de vue de son activité physique et de nombreuses choses qui rendent la vie plus abondante. Il y a une chose dont nous devons nous rendre compte en particulier. Avant de vivre bien, il faut vivre tout court. Il faut commencer à s'occuper des gens les plus pauvres, des désavantagés. Ceux qui profitent de la culture physique sont ordinairement les enfants des familles bien dirigées. J'ai eu affaire aux Scouts et à d'autres groupements, en Nouvelle-Ecosse, durant longtemps, et j'ai constaté que les plus prompts à tirer parti de ce qu'on leur offre sont les garçons des bonnes familles, qui sont obéissants et disciplinés à l'avance. Nous rencontrons parfois des cas de ce qui pourrait s'appeler "adolescence émotive", durant laquelle le cerveau du garçon se développe plus vite que son corps; il en résulte un état de santé anormal. Mais je pense que nous sommes sur la route du succès, et je suis heureux de voir s'y intéresser des hommes comme ceux que le Comité a reçus ce matin. Ils connaissent ces questions et sont très optimistes. Je suis heureux de dire que, pour ma part, les témoignages de ce matin m'ont beaucoup intéressé.

L'hon. M. BRUCE: Je veux simplement dire, monsieur le président, que le Comité, je crois, doit beaucoup à ces messieurs qui sont venus ici en sacrifiant pour cela de leur temps et de leur argent, et qui nous ont présenté des travaux si remarquables. Je suis sûr que cela ne pourra que nous aider à travailler en vue de ce que nous avons tous à cœur, l'amélioration du sort de nos enfants.

Pour ma part, j'approuve entièrement tout ce que j'ai entendu ce matin. Je veux complimenter mon vieil ami, le docteur et colonel Ryerson, sur la rapidité avec laquelle il nous a fait parcourir un grand nombre de questions, ce matin. Certains membres du Comité, peut-être, n'ont pu le suivre aussi facilement que les plus renseignés, mais je pense qu'en lisant ce qu'il a dit et en prenant le temps d'y réfléchir, ils verront qu'il a étudié un domaine immense. Nous avons tous trouvé très intéressant ce que les autres messieurs nous ont dit, et je ne puis m'empêcher de croire que cela aura une grande influence sur les membres de notre Comité en les rendant capables de porter un meilleur jugement sur la possibilité de persuader le Gouvernement de consacrer une somme plus forte à ce travail très important.

Le VICE-PRÉSIDENT: Si l'on me permet d'exprimer de nouveau certains sentiments qui l'ont déjà été, je pense que le Comité doit beaucoup aux témoins que nous avons entendu ce matin: le docteur Ryerson, le docteur Lamb, M. A. A. Burridge et le capitaine Ian Eisenhardt.

Je suis sûr que le Comité vous est très reconnaissant de la coopération que vous lui avez apportée par vos travaux splendides, messieurs.

Demain, il y aura séance du Comité, et nous entendrons deux exposés, l'un présenté par une association de dames, et l'autre parlant des maladies vénériennes.

Le Comité est-il d'avis de s'ajourner maintenant?

A une heure de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir demain matin à 11 heures.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule N° 15

SÉANCE DU VENDREDI 28 MAI 1943

TÉMOINS:

Mme Edgar Hardy, présidente du Conseil national des femmes.
Mme P.-E. Marchand, présidente de la Fédération des Femmes canadiennes-françaises.
Mme P. J. McGarry, présidente de la Ligue des femmes catholiques du Canada.
Le lieutenant-colonel D. H. Williams, directeur de la Division du contrôle des maladies vénériennes, ministère des Pensions et de la Santé nationale.
Le docteur Jules Archambault, directeur de la Division des maladies vénériennes, ministère de la Santé de la province de Québec.
Le docteur Gordon Bates, directeur général de la *Health League of Canada*, Toronto.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le VENDREDI 28 mai 1943.

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

Présents: M. Adamson, Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Claxton, Donnelly, Gregory, Howden, Johnston (*Bow-River*), MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGarry, Mayhew, Picard, Shaw, Wright—17.

A la demande du président, le docteur Heagerty présente les témoins suivants:

Mme Edgar Hardy, présidente du Conseil national des femmes;

Mme P.-E. Marchand, présidente de la Fédération des femmes canadiennes-françaises;

Mme P. J. McGarry, présidente de la Ligue des femmes catholiques du Canada;

Le lieutenant-colonel D. H. Williams, directeur de la Division du contrôle des maladies vénériennes, ministère des Pensions et de la Santé nationale;

Le docteur Jules Archambault, directeur de la Division des maladies vénériennes, ministère de la Santé de la province de Québec;

Le docteur Gordon Bates, directeur général, *Health League of Canada*, Toronto.

Mme Edgar Hardy est appelée. Elle communique les propositions du Conseil national des femmes du Canada.

Mme P.-E. Marchand est appelée. Elle présente les résolutions adoptées par la Fédération des femmes canadiennes-françaises de même qu'une lettre de Mgr Vachon, archevêque d'Ottawa, approuvant ces résolutions.

Mme P. J. McGarry est appelée et présente une résolution adoptée par la Ligue des femmes catholiques.

Les témoins se retirent.

Sont appelés, interrogés et se retirent, les témoins suivants:

Le lieutenant-colonel D. H. Williams;
Le docteur Jules Archambault; et
Le docteur Gordon Bates.

A la demande du président, M. Howden prend le fauteuil.

Il est ordonné que le mémoire du docteur Bates soit imprimé comme Appendice "A" aux témoignages de ce jour.

M. Slaght demande au docteur Bates de déposer des copies des lois adoptées dans divers Etats des Etats-Unis relativement à l'examen médical obligatoire préalable au mariage.

A une heure de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mardi 1er juin, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

le 28 mai 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Les témoignages de ce matin porteront sur certaines résolutions des organisations nationales féminines. Docteur Heagerty, auriez-vous l'obligeance de présenter les délégués.

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président, madame Casselman, messieurs, j'ai le plaisir et l'honneur de vous présenter Mme Edgar Hardy, présidente du Conseil national des femmes du Canada, Mme P.-E. Marchand, présidente de la Fédération des Femmes canadiennes-françaises, et Mme P. J. McGarry, présidente de la Ligue des femmes catholiques du Canada.

Je pourrais, peut-être, monsieur le président, présenter immédiatement les autres délégués. Nous avons le plaisir d'avoir également avec nous des représentants des diverses parties du Canada, qui nous parleront des maladies vénériennes. Ce sont: le lieutenant-colonel D. H. Williams, directeur de la Division du contrôle des maladies vénériennes, ministère des Pensions et de la Santé nationale, division qui exerce ses fonctions auprès des forces armées; le docteur Jules Archambault, directeur de la Division des maladies vénériennes, ministère de la Santé de la province de Québec; le docteur Gordon Bates, directeur général de la *Health League of Canada*, et le docteur G. D. W. Cameron, directeur du laboratoire d'hygiène, ministère des Pensions et de la Santé nationale.

Le PRÉSIDENT: Madame Hardy, veuillez donc vous avancer.

Mme EDGAR HARDY, présidente du Conseil national des femmes du Canada, est appelée.

Le TÉMOIN: Il me fait plaisir de vous présenter l'exposé du Conseil national des femmes du Canada, sur la question de la santé nationale.

Depuis sa fondation, le Conseil national des femmes du Canada s'est occupé activement de la santé publique sous tous ses aspects. Nous avons supporté des projets que nous avons cru devoir être profitables à la santé de la société en générale. Dans notre programme d'après-guerre, préparé par un sous-comité de notre organisation et présenté à notre assemblée du mois de mai dernier, nous demandons ce qui suit:

Santé nationale et alimentation

1. Sous la direction des autorités fédérales, et de concert avec les services d'hygiène provinciaux et municipaux, adoption d'un programme approprié à la santé, l'alimentation et au bien-être de l'enfance au Canada, et ayant pour but la prévention, le contrôle et la guérison des maladies par les moyens suivants:

(*a*) Programme de diététique assurant des régions alimentaires propres à la santé;

(*b*) Renforcement et amélioration des services d'hygiène par des ministères de santé appropriés dans toutes les parties du Canada, tant urbaines que rurales;

(*c*) Installations appropriées pour les personnes souffrant de tuberculose, de maladies ou de débilité mentales et qui ont besoin d'être hospitalisées;

(*d*) Cliniques pour les maladies de l'enfance, les affections cardiaques, les maladies vénériennes, le cancer, la tuberculose et les troubles mentaux;

(*e*) Dispensation des soins médicaux par les moyens suivants:
(1) Extension de plans d'assurance-maladie volontaire;
(2) Nomination de médecins municipaux;
(3) Projet gouvernemental d'assurance-maladie obligatoire pour ceux qui reçoivent de petits salaires;
(4) Soins gratuits pour ceux qui ne sont pas compris dans le projet d'assurance-maladie du gouvernement, et qui ne peuvent pas payer.

2. Extension du travail sanitaire entrepris par les diverses organisations sanitaires et par les services médicaux industriels. On peut réaliser beaucoup sous ce rapport par les assurances sociales suivantes:

1. Extension des prestations prévues par la Loi d'assurance-chômage;

2. Adoption d'un plan national de pensions de vieillesse contributoires;

3. Adoption du plan national d'assurance-maladie obligatoire mentionné plus haut.

A notre assemblée annuelle qui aura lieu du 16 au 19 juin inclusivement,— je puis dire, monsieur le président, que nous n'avons pas encore étudié le rapport du comité d'assurance-maladie; je suis à le lire, mais il est très volumineux— nous nous proposons d'étudier cette question telle qu'elle est exposée dans le projet d'assurance-maladie préparé par le comité du ministère des Pensions et de la Santé nationale.

Je puis vous affirmer que nous appuierons tout projet qui, en principe, assurera au Canada un plan efficace de santé nationale.

Le PRÉSIDENT: A-t-on des questions à poser?

Le témoin se retire.

Le PRÉSIDENT: Madame Marchand, s'il vous plaît?

Mme P. E. MARCHAND, présidente de la Fédération des femmes canadiennes-françaises, est appelée.

Le TÉMOIN: Je désirerais présenter les vœux adoptés par la Fédération des femmes canadiennes-françaises ainsi qu'une lettre adressée par Son Excellence Mgr Vachon à Mlle Julien.

(Texte)

Attendu que les taux de morbidité et de mortalité indiquent que la population canadienne souffre d'une insuffisance de services d'hygiène publique et de soins médicaux;

Et attendu que le taux de mortalité par suite de tuberculose est excessif et peut être diminué par l'adoption de mesures prophylactiques plus complètes et de traitements gratuits;

Et attendu que le nombre de cas de maladies vénériennes est excessif;

Et attendu que la fréquence des maladies mentales et des cas de débilité mentale, ajoutée à l'insuffisance des soins et des traitements médicaux pour ces affections, constitue un grave problème d'importance nationale;

Et attendu que les personnes dont le revenu est insuffisant sont incapables de se procurer, pour elles-mêmes et pour leurs charges, les soins médicaux, infirmiers et hospitaliers voulus;

A ces fins, la Fédération des Femmes canadiennes-françaises par voie de résolution, demande au gouvernement fédéral de fournir une aide pécuniaire aux provinces afin que celles-ci puissent établir un organisme d'assurance-

santé qui donnera aux habitants de ces provinces des services d'hygiène publique complets, ainsi que des soins médicaux, chirurgicaux, infirmiers et hospitaliers, sur une base contributoire.

Fédération des Femmes Canadiennes-Françaises
affiliée avec
L'Union Internationale de la Ligue des Femmes Catholiques

Ottawa, le 21 décembre 1943.

Mademoiselle Gilberte Julien,
Secrétaire-correspondante,
Fédération des Femmes canadiennes-françaises, Ottawa.

Mademoiselle,

En réponse à la vôtre du 14 courant, je désire vous informer que j'accorde mon approbation à la résolution que vous m'avez soumise, pourvu qu'elle soit rédigée de la façon suivante:

"A ces fins, la Fédération des Femmes canadiennes-françaises, par voie de résolution, demande au gouvernement fédéral de fournir une aide pécuniaire aux provinces afin que celles-ci puissent établir un organisme d'assurance-santé qui donnera aux habitants de ces provinces des services d'hygiène publique complets, ainsi que des soins médicaux, chirurgicaux, infirmiers et hospitaliers, sur une base contributoire."

Veuillez agréer, mademoiselle, l'assurance de mon religieux dévouement en Notre-Seigneur et Marie Immaculée.

(Signé) ALEXANDRE VACHON,
Archevêque d'Ottawa.

[Traduction]

Permettez-moi d'ajouter, mesdames et messieurs, que nous sommes tous réunis ici dans un même but. Nous avons pris la résolution de travailler et d'aider le plus possible le Comité. Nos membres sont à sa disposition. Le docteur Heagerty m'a dit lorsqu'il m'a demandé, il y a déjà quelque temps, d'accepter la présidence de la section des femmes de langue française, que les dépenses devaient être restreintes le plus possible. Les membres qui ont accepté de participer à ce travail ne résident pas toutes à Ottawa et nous ne leur avons pas demandé de venir ici. J'ai reçu une communication de Mme Georges Bouchard dans laquelle elle dit que dans le comté de Kamouraska tout aussi bien que dans les autres endroits, on s'est mis sérieusement à l'étude, et il en est de même pour la section française du *Women's Institute*. Tous sont intéressés à ce travail. Au collège de St-Jean, il y a un professeur qui a fait une étude de ce problème même en temps de paix. Le docteur Young a fait de même. Nos membres étudient sérieusement la question et lorsque nous en aurons besoin, elles viendront.

Nombre de gens ne comprennent guère toutes ces choses. Nous avons soumis nos résolutions à Son Excellence l'Archevêque d'Ottawa et je vous ai déjà fait part de sa réponse. Elle est très satisfaisante.

Le PRÉSIDENT: Oui.

Le TÉMOIN: Merci beaucoup.

Le PRÉSIDENT: A-t-on des questions à poser?

Le TÉMOIN: Je crois que ce serait à moi de poser des questions aux spécialistes qui sont réunis ici.

Le PRÉSIDENT: Je demanderais à madame McGarry de bien vouloir s'approcher.

Mme McGARRY: Monsieur le président, mesdames et messieurs, je vous remercie de m'avoir invitée à présenter cette résolution adoptée par la Ligue des femmes catholiques du Canada. Cette résolution se lit comme suit:

Attendu que les taux de morbidité et de mortalité maternelle sont plus élevés au Canada qu'il ne le faudrait;

Attendu que le taux de la mortalité par la tuberculose est excessif et qu'il pourrait être réduit par l'adoption de mesures prophylactiques plus complètes et par le traitement gratuit;

Attendu que l'incidence des maladies vénériennes est excessive;

Attendu que les maladies mentales, la débilité mentale, le soin et le traitement insuffisants de ces maladies constituent un grave problème national;

Attendu que les personnes aux revenus insuffisants ne peuvent pas se procurer pour eux-mêmes et leurs charges de famille, les soins médicaux et dentaires nécessaires, les soins d'infirmières ainsi que l'hospitalisation;

Il est résolu que la Ligue des femmes catholiques du Canada prie respectueusement le Gouvernement fédéral de prendre les dispositions nécessaires pour aider les provinces, en adoptant un régime d'assurance-maladie qui fournira aux citoyens des services complets d'hygiène publique, les soins médicaux, chirurgicaux et dentaires, et l'hospitalisation sur une base contributoire;

Et il est de plus résolu que le Gouvernement fédéral soit prié d'adopter le vœu du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada.

Le PRÉSIDENT: Je tiens à remercier les représentantes des organisations féminines pour leur présence ici aujourd'hui et pour la présentation de leurs mémoires. Nous allons passer maintenant à la question des maladies vénériennes, et je demanderais au docteur Heagerty de nous dire un mot.

Le Dr HEAGERTY: Je cède la parole au colonel Williams.

Le Lieutenant colonel D. H. WILLIAMS, directeur de la Division du contrôle des maladies vénériennes, ministère des Pensions et de la Santé nationale, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, madame Casselman, messieurs, il convient tout à fait, alors que nous nous occupons de la santé nationale, dans son sens le plus large, que nous étudions un problème de santé publique jusqu'ici traité en parent pauvre et qui, pourtant, constitue selon moi—et je ne suis pas le seul de cet avis—le problème d'hygiène publique le plus important au Canada.

Le problème des maladies vénériennes et de son contrôle est une chose bien différente lorsqu'on le compare aux autres problèmes de la médecine qui se posent pour nous. Il est bien différent parce que très complexe et qu'il prend racine dans les défauts inhérents à la nature humaine, dans les conditions antihygiéniques de certains endroits, et dans le fait que la science médicale moderne n'a pas utilisé efficacement les armes qui étaient à sa disposition. Il est plus que temps d'attaquer ce problème. Nous avons eu les moyens de donner à ce mal un coup décisif. Le moment est propice si le peuple canadien veut se libérer du mal vénérien. Il en dépend de lui d'envisager le problème et d'attaquer le mal à sa racine même—mal qui résulte de conditions sociales et économiques non satisfaisantes—et d'utiliser les armes de la science médicale moderne.

Malheureusement, il n'y a pas longtemps que je m'occupe des maladies vénériennes en tant que problème national—quelques jours ou quelques semaines tout au plus—mais il me fait plaisir néanmoins, de pouvoir présenter à votre Comité des chiffres assez satisfaisants. Tout de même, il faut être extrêmement prudent en abordant ces chiffres, et malheureusement notre angle du problème

me place dans une position difficile, car pour l'avoir quelque peu envisagé, je sais qu'il s'agit d'un problème important et en même temps, qu'il m'est impossible de vous donner des détails. Cependant, je vous ferai voir certains aspects du problème comme nous en voyons les fragments, ce qui vous permettra sans doute de vous en faire une idée. Il y a environ trois ans, M. Cormier, de l'Université McGill, estimait que la fréquence des cas de syphilis au Canada atteignait environ 5 p. 100. Il voulait dire par là qu'à n'importe quel moment, 5 p. 100 de la population du Canada souffrait de la syphilis. Il s'agit de chiffres compilés. J'ai toujours été porté à faire un usage modéré des chiffres, mais si nous disons que ces statistiques mentent dans une proportion de 50 p. 100 et que la fréquence de la maladie n'est, peut-être, que de 2½ p. 100, on ne saurait alors faire erreur. On peut donc conclure qu'actuellement il y a au Canada 287,000 personnes qui souffrent de la syphilis. Ce qu'il y a de tragique c'est que nous savons d'une manière certaine que 65 p. 100 de ces 287,000 personnes ignorent qu'elles ont contracté la syphilis. La grande tragédie de la syphilis est son caractère perfide; elle s'infiltre dans notre société en s'attaquant à la jeunesse, elle y demeure à l'état latent, à l'insu des malades, rongeant les tissus et les organes vitaux, pour ne se manifester que dans l'âge mûr ou plus tard, dans le cerveau syphilitique, dans un cœur usé, et ainsi de suite, causant ainsi de grands ravages dans notre pays.

Nous savons que nos cliniques publiques, dispensent chaque année des soins à 26,000 personnes. Nos cliniques ne sont fréquentées que par un faible pourcentage de gens qui se savent atteints. Si les portes des cliniques publiques des maladies vénériennes s'ouvrent un demi-million de fois chaque année, pour laisser entrer ceux qui veulent se faire traiter, il n'est pas difficile de concevoir combien de fois s'ouvrent les portes des cabinets de médecins, chaque année au Canada. Il est tragique de constater que les cabinets de médecins et les cliniques ne sont pas fréquentés par les 65 p. 100 de personnes qui en ce moment sont atteintes de la syphilis à leur insu.

En ce qui concerne le taux de la mortalité, nos statistiques n'accusent pas une situation très brillante. D'après des chiffres estimatifs, le nombre des décès causés par la syphilis, au Canada, serait de 6.000 à 12,000 par année. Disons 6,000, si vous le voulez bien. Cela signifie que dans une période de dix ans, la syphilis aura tué un nombre de gens égal à celui de nos pertes lors de la Grande Guerre. Ce taux de mortalité assez minime en soi est certainement l'indice d'une effroyable tragédie. Mais si nous considérons la situation dans son entière réalité et si nous établissons une comparaison avec d'autres pays,—la Suède, par exemple,—c'est alors que nous devenons impressionnés. En 1934, en Suède,—dans toute le Suède dont le chiffre de la population est environ la moitié de celui du Canada,— 431 cas de syphilis furent signalés. En 1939, 7,196, malades furent admis dans nos cliniques publiques. Vous pouvez vous imaginer le nombre de ceux qui ont visité privément des médecins et de ceux qui n'ont pas consulté quand ils auraient dû le faire.

Jetons un autre coup d'œil sur la situation. Nous savons que dans le province de la Colombie-Britannique, au cours d'une période de dix ans, soit de 1932 à 1942, 396 hommes d'âge mur souffrant de folie syphilitique ont été admis dans les asiles d'aliénés. Il n'y a pas raison de croire que le taux de la syphilis soit plus élevé en Colombie-Britannique que partout ailleurs au Canada; de fait, il y a tout lieu de croire qu'il est moins élevé par suite de l'attention donnée à ce problème au cours des cinq dernières années. Si l'on prend comme base pour tout le pays, le taux de la Colombie-Britannique qui, je le répète, est au minimum, cela signifie qu'au cours des dix dernières années, 5,600 personnes atteintes de folie syphilitique ont été admises dans les asiles d'aliénés. Ces quelques chiffres ne donnent qu'un aperçu succinct de la situation. Ils vous aideront peut-être à la comprendre. On s'est occupé efficacement ailleurs de mettre un terme à la syphilis et à la blennorrhagie, dont les ravages constants peuvent être enrayés.

Au cours des vingt dernières années, les pays scandinaves ont réduit la syphilis à quelques cas isolés. En Grande-Bretagne, au cours du même laps de temps, le taux de la maladie a été réduit de moitié. Ce que les autres pays ont fait, le Canada peut l'accomplir. Il n'est pas nécessaire de nous adresser à l'Europe pour cela. Si nous jetons un coup d'œil au sud de nous, nous constatons que depuis 1936, les Etats-Unis se sont mis sérieusement à l'étude de ce problème et que les résultats sont évidents; pour la première fois, le taux de la maladie parmi les soldats est le plus bas de toute l'histoire des Etats-Unis. Du point de vue de la population blanche, la proportion est encourageante. Voilà les résultats d'une campagne active entreprise par un chirurgien, le general Parran. Cette campagne reçut l'approbation du public et elle fut conduite par les représentants du peuple.

Pour vous donner une idée de la manière dont ce problème devrait être attaqué du point de vue financier, je vous dirai que la loi Bulwinkle-Lafollette, telle qu'elle a été adoptée, autorise une dépense fédérale d'un quart de milliard de dollars pour la lutte contre cette maladie, pendant une période de dix ans, soit de 1940 à 1950. Un quart de milliard pour combattre cette maladie pendant dix ans! Jusqu'à ce jour, on n'a pas pu dépenser tout cet argent; à ce que l'on me disait la semaine dernière, à Washington, le plus qu'il avait été possible de dépenser l'an dernier à cet égard, c'était $10,000,000. Mais les résultats sont là.

Au Canada, je crois que le public est en éveil et le fait qu'un comité comme celui-ci songe prévoir le cas des maladies vénériennes dans un projet complet de santé nationale, en est la meilleure preuve. Si l'on veut que cet épouvantable problème ait une solution efficace, il nous faut diviser, si je puis m'exprimer ainsi, le front des maladies vénériennes en quatre secteurs: le secteur santé, le secteur bien-être, le secteur légal et le secteur moral,—tous ces secteurs se portant ensemble à l'attaque des maladies vénériennes en utilisant leurs propres effectifs, leurs propres armes et techniques, chacun dans son propre domaine. Dans le secteur santé, se trouvent les médecins, les infirmières, les hôpitaux, les écoles de médecine et les services d'hygiène, qui utilisent les armes de la science moderne et de l'hygiène publique; dans le secteur bien-être, il y a les associations de bienfaisance et les auxiliaires de ces associations, et tous les autres organismes qui s'intéressent à l'amélioration du bien-être du public en s'occupant de la malpropreté, de l'inanition, de l'insécurité et ainsi de suite. Dans le secteur légal, nous trouvons les cours de justice, la profession légale et les services de la police qui recherchent les propagateurs de maladies vénériennes, ou ceux qui contribuent à leur propagation, ajoutant ainsi à la tragédie nationale. Le dernier, et ce n'est pas le moindre, c'est le secteur moral où d'un commun accord l'Eglise et la famille travaillent à renforcer le moral de la nation et à maintenir le caractère sacré du mariage et de la vie familiale. Si nous organisons un tel front, les maladies vénériennes sont vouées à une disparition certaine. La tâche de chaque secteur, comme la chose se pratique pour le secteur santé, est d'établir sa propre stratégie; on a même suggéré une stratégie en six points, dont j'aimerais à vous dire quelques mots.

Cette stratégie est basée sur les axiomes bien connus que la syphilis et la blennorrhagie sont, entre autres choses, des maladies contagieuses, qu'elles sont vulnérables aux procédés techniques de la science moderne, qu'elles peuvent être guéries et qu'elles peuvent être prévenues. Ces axiomes constituent la pierre de base du secteur santé. Le premier point de cette stratégie est l'éducation générale. De nos jours, le public désire comme jamais auparavant être renseigné sur les maladies vénériennes, d'une manière honnête, non morbide. Le résultat de l'enquête Gallup publié il y a deux semaines le fait bien voir; cette enquête a recueilli le plus grand nombre de réponses affirmatives jamais données auparavant. La question était la suivante: "Approuvez-vous le gou-

vernement d'entreprendre une campagne d'éducation sanitaire à l'égard des maladies vénériennes?" Vous avez tous vu la réponse; 2 p. 100 répondirent dans la négative et 90 p. 100 dans l'affirmative.

Ce dont le Canada a le plus besoin aujourd'hui, c'est en premier lieu d'une campagne d'éducation salutaire, digne, plaçant les faits devant le public et chassant les faussetés, dont un grand nombre encore persistent et cachent le problème des maladies vénériennes. En deuxième lieu viennent le soin, le diagnostic et le traitement appropriés. Il nous faut recherche les 65 p. 100 des gens qui sont atteints de la syphilis et ne le savent pas; ce sont eux qui causent les foyers et les vies conjugales brisées, et la syphilis congénitale parmi les jeunes enfants. Une campagne intensive en faveur de l'examen du sang est la seule solution, car ces gens paraissent tout aussi en santé que vous et moi en ce moment, et ils vont ici et là ignorant leur état. Au cours des dix ou quinze dernières années, les provinces ont augmenté leurs prévisions budgétaires pour la lutte contre les maladies vénériennes au point qu'aujourd'hui elles y consacrent environ trois quarts de million de dollars. Il faut dépenser encore davantage. Il y a beaucoup d'activité actuellement en ce qui concerne l'amélioration et l'application de la législation provinciale. Cela aide beaucoup à la réalisation du programme. Il faut donner à tout le monde les soins appropriés et le service d'un bon diagnostic.

Le point suivant concerne le charlatanisme. Les préjugés et la crainte associés aux maladies vénériennes amènent des milliers de jeunes gens au médicastre. Celui-ci se fait verser des honoraires et ne donne rien en retour, mais il aggrave la maladie et perpétue l'infection. Il y a, dans tous les recueils provinciaux, des lois susceptibles d'être très efficaces pour parer à ce danger qui menace la santé publique, mais, sauf une ou deux exceptions, ces lois ne sont pas mises en vigueur. Si elles l'étaient, il ne faudrait que quelques semaines pour détruire à sa base même toute l'organisation du charlatanisme dans le domaine des maladies vénériennes.

Le point suivant, c'est la grande tragédie—la plus grande qui soit dans le domaine des maladies vénériennes—du petit enfant qui naît syphilitique, sans aucune faute de sa part. Si nos concitoyens avaient occasion d'assister à une clinique du samedi matin dans une des nombreuses salles de clinique du pays, et s'ils pouvaient voir ces petits enfants qui y viennent pour recevoir des injections au bras, de semaine en semaine, pendant un an, deux ans, trois ans, et qui, pour quelques-uns, ont ce mal au cerveau pendant cinq ans et davantage; s'ils pouvaient voir la douleur que cela leur cause, leur angoisse, leur cécité, leur déficience mentale et tous les autres dégâts de la syphilis, ils seraient émus à tel point que la tragédie de la syphilis prénatale cesserait. Un moyen bien simple y mettrait un terme avant un an, au Canada. Cela pourrait se faire si chaque future mère allait voir son médecin avant le cinquième mois et subissait un examen complet, y compris l'analyse du sang; et alors si le médecin décelait de la syphilis et la traitait, si infectée que fût la mère, ce petit enfant pourrait naître sain et exempt d'infection. Ce résultat peut se garantir dans presque tous les cas, selon ce que la science médicale ne nous a révélé que récemment. Si les médecins veulent faire leur part et si les mères veulent faire la leur en allant de bonne heure demander une analyse du sang et un traitement approprié, il ne sera plus nécessaire qu'il y ait un seul cas de plus—un seul cas—dans un an d'ici. C'est très simple et c'est très nécessaire.

Le point suivant se rattache de près à ce dernier. C'est le problème de l'infection de femmes entrant sans défiance dans l'état du mariage. La syphilis s'insinue dans le mariage par l'entremise de jeunes gens apparemment sains. Il me semble très important que les jeunes gens du pays apprennent à aller trouver leur médecin avant de décider de leur mariage, et à subir un examen général, y compris l'enquête sur la question de la syphilis, et que les résultats

de l'examen soient révélés aux deux parties; que l'avis nécessaire soit donné, abstraction faite de la décision quant au mariage, mais que cette décision soit laissée aux deux parties dans la pleine connaissance des faits.

Le dernier point se rapporte à l'infection. Une maladie vénérienne, c'est comme le sou qui, se multipliant de jour en jour, se décuple et devient au bout d'un mois une fortune fabuleuse se chiffrant dans les centaines de mille dollars. Un cas de syphilis aujourd'hui, en entraînera deux dans six mois, quatre dans un an et peut-être cent dans dix ans et peut-être 20,000 en vingt ans. Si nous pouvons déceler le contact d'une infection et arrêter ce contact, nous pouvons épargner l'infection à nombre de gens et prévenir les tragédies domestiques qu'elle peut causer. Nous insistons donc sur l'importance de repérer ces contacts.

Dans le même ordre d'idées, il existe des situations collectives malsaines qui mettent les personnes en santé à la portée de certaines sources d'infection intensive. C'est ce qu'on appelle des milieux de contagion. Ces milieux existent lorsque des gens se trouvent en présence de sujets contaminés. La situation se constate d'une manière très nette dans un bon nombre d'endroits et elle vaut la peine d'être mentionnée. Le milieu le plus actif, c'est le coin des lupanars: voilà le nid, le foyer primaire de la syphilis et de la gonorrhée au Canada. Tant que les jeunes filles de situation malheureuse seront soutenues et exploitées par des entremetteurs pour de l'argent, nous aurons toujours des maladies vénériennes qui surgiront de ces endroits pour contaminer les saines influences de la vie de famille.

Nous trouvons ensuite dans certaines salles de danse communes, certaines hôtelleries, certains services de taxis, certains restaurants, certains salons de massage, des situations collectives qui permettent à notre jeunesse saine de rencontrer des jeunes contaminés et ainsi de répandre la tragédie de cette infection dans la vie du peuple. Voilà notre sixième point.

Nous croyons que si chaque secteur fait sa part et si le secteur de l'hygiène adopte ce programme en six points, pour résoudre le problème aigu résultant des exigences de la guerre, et si l'on ne ralenti pas le travail quand viendra l'heure de la paix, on peut venir à bout de la maladie. Il y a toujours le grand danger de gagner la guerre et de perdre la paix. Cette crainte s'applique tout particulièrement aux maladies vénériennes. Si la société porte intérêt à la question au point de vouloir bannir efficacement les maladies vénériennes du Canada, comme on l'a fait dans d'autres pays, je dirais que son seul espoir est dans l'adoption d'une disposition concernant le combat des maladies vénériennes dans toute loi visant à l'amélioration de la santé publique. Je tiens à suggérer cette idée.

(Le mémoire figure comme appendice A)

Le PRÉSIDENT: Merci, colonel Williams. Avez-vous des questions à poser, monsieur le ministre?

L'hon. M. MACKENZIE: Non.

Le PRÉSIDENT: Les membres ont-ils des questions à poser?

M. McCann:

D. Je voudrais poser au docteur Williams la question suivante. Vu que le moyen de diagnostic le plus important et le plus précis que nous ayons pour déceler la syphilis est la réaction Wasserman—sans doute il est impossible qu'une telle proportion de la population ait subi cette réaction—sur quoi s'appuie-t-il pour déclarer que 65 p. 100 de la population a la syphilis?

Le Dr HEAGERTY: Il n'a pas dit cela.

Le TÉMOIN: Je n'ai pas dit que 65 p. 100 de la population l'avait, mais que 65 p. 100 des gens qui l'ont actuellement ne le savent pas. Voilà la tragédie.

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

M. Wright:

D. Se sert-on de l'épreuve Wasserman sur les recrues de l'armée?—R. Je suis très heureux de dire qu'il y a trois semaines l'ordonnance générale 171 pour 1943 a autorisé le système de l'épreuve méthodique du sang sur toutes les recrues de l'armée canadienne.

M. Donnelly:

D. Avant ou après leur enrôlement?—R. Immédiatement après leur enrôlement et avant qu'ils soient inoculés.

M. Johnston:

D. Dans tous les services? Cela comprend-il la marine, l'aviation et le corps auxiliaire féminin?—R. L'aviation, si j'ai bien compris, a déjà adopté cette mesure. Elle est en vigueur dans l'armée et dans le Corps auxiliaire féminin de l'armée. Quant à la marine, je ne le sais pas.

M. Wright:

D. Cela s'applique-t-il à ceux qui sont déjà dans l'armée?—R. Les autorités vont tenter d'atteindre ceux qui n'ont pas subi l'épreuve. C'est une tâche colossale d'obtenir ce qu'il faut des laboratoires provinciaux. Comme sauvegarde, on se propose de pratiquer cette épreuve, du moins lors de la démobilisation, afin que la tragédie de l'introduction de la syphilis dans les foyers, comme elle a eu lieu lors de la dernière guerre, ne se répète pas.

L'hon. M. MACKENZIE: Depuis le commencement de la guerre, comme vous le savez, nous prenons de ces épreuves du sang à notre département.

Le TÉMOIN: Oui.

M. Slaght:

D. Un autre membre du Comité a posé une question que j'avais à l'esprit, mais il m'en vient une autre, colonel. Avez-vous les chiffres concernant le nombre des sujets rejetés de l'armée américaine? Il y a des chiffres. Je les ai vus quelque part dans les journaux. Je me demandais si vous pourriez nous les donner.—R. Je les ai, mais je n'ai pas les détails. Je puis les passer au Comité dans la forme où ils ont été publiés par le Département de la Guerre des Etats-Unis.

Le PRÉSIDENT: Merci beaucoup.

M. McCann:

D. Dans l'armée, lorsque l'épreuve donne des résultats positifs, quelle est la procédure? Ces hommes sont-ils admis et traités ou sont-ils réformés?—R. Nous divisons la syphilis en deux genres principaux d'infection: les maladies graves et profondes affectant le cœur, le foie et le système nerveux, et les maladies plus superficielles, relativement bénignes. Les maladies du premier groupe, qui sont graves et profondes, donnent lieu à un renvoi, car elles exigent un traitement hautement technique. Dans les autres cas, on garde les recrues et on leur donne les soins appropriés.

M. Donnelly:

D. Dans ce rapport qu'on nous a passé, je remarque que les cas signalés à l'hôpital général de Toronto en 1939, 1940, 1941 et 1942 ont augmenté. Croyez-vous que la guerre soit la cause de cette augmentation? Qu'en pensez-vous?—R. Cela relève du docteur Bates.

Le PRÉSIDENT: Le docteur Bates répondra à cette question lorsqu'il comparaîtra, plus tard.

M. McGarry:

D. Lorsque l'on diagnostique de la syphilis dans l'armée, isole-t-on les sujets infectés?—R. Voilà un point plutôt technique. Mais il est important. La question du caractère infectieux des maladies vénériennes est relative. La gonorrhée n'est pas infectieuse du tout dans les contacts ordinaires de la vie. Si elle l'était, nous l'aurions tous depuis longtemps. La syphilis est communicable jusqu'à vingt-quatre heures après la première injection. On isole les malades quelques jours. Ensuite, elle n'est pas infectieuse dans les contacts éventuels, même quand elle est sous traitement.

Le PRÉSIDENT: A-t-on d'autres questions à poser?

Mme EDGAR HARDY: Oui, monsieur le président. Toutes ces questions semblent viser les forces armées. Notre organisation, l'an dernier, a envoyé une résolution au gouvernement demandant si, lorsqu'on refuse des hommes à leur enrôlement, on pouvait prendre les moyens de leur faire savoir pourquoi ils sont refusés. En général, nous pouvons croire que les hommes et les femmes des forces armées ont les soins qu'il faut. Il me semble que c'est le public en général que nous avons besoin d'instruire et de former. Nous n'avons jamais eu de réponse précise sur le point de savoir si, lorsque des hommes ou des femmes sont refusés à leur enrôlement, on leur dit clairement pourquoi ils sont ainsi refusés. Lorsqu'ils sont refusés à cause de maladies vénériennes, on pourrait le leur dire et prendre des mesures pour leur traitement.

Le PRÉSIDENT: Désirez-vous faire des observations sur ce point, colonel Williams?

Le TÉMOIN: Cette question comprend deux points: dans l'un, il s'agit du soldat déjà en activité de service. S'il est réformé pour une maladie vénérienne, on envoie une lettre au ministère de la Santé et l'intéressé comprend tous les détails. Si on refuse une recrue lors de son enrôlement, on lui en dit la raison et on lui conseille de voir son médecin particulier.

Le PRÉSIDENT: Merci, colonel Williams.

Le témoin se retire.

Le PRÉSIDENT: Nous entendrons maintenant le docteur Archambault, directeur de la Division des maladies vénériennes dans la province de Québec, stationné à Montréal.

Docteur Howden, voulez-vous prendre le fauteuil?

Le docteur J. P. Howden prend le fauteuil.

Le docteur JULES ARCHAMBAULT, directeur de la Division des maladies vénériennes, ministère de la Santé de la province de Québec, est appelé.

Le TÉMOIN:

(Texte)

PROBLÈME DE LA SYPHILIS DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC EN 1943

La campagne antivénérienne dans la province de Québec date de 1920; nous lui devons, entre autres: l'installation de dispensaires dont quelques-uns sont devenus des centres réputés d'étude et d'enseignement; l'organisation d'un lamoratoire de sérologie où, au cours de l'année 1942, 217,000 échantillons ont été examinés parmi lesquels 4,200 liquides céphalorachidiens. Pour réaliser ce nombre d'examens nous employons, pour le sang, une réaction d'élimination, celle de Kline, et tout échantillon trouvé par cette méthode comme étant positif ou douteux, est réexaminé par les épreuves de diagnostic: le Wassermann et le Kahn.

Les examens sérologiques se sont montrés positifs, au cours de 1942, sur un total de 18,000 échantillons de sang. L'on ne peut cependant en tirer de conclusion quant au nombre des syphilitiques qui ont été révélés ou qui existent dans la province de Québec.

Sur la prévalence de cette infection dans la province de Québec, les rapports de nos dispensaires, et autres données, nous amenaient à conclure, en 1939 et 1940, qu'il n'y existe pas moins de 120,000 syphilitiques, et que dans les centres industriels et miniers, où se concentrent 60 p. 100 de notre population, le taux de la syphilis atteint 6 p. 100 comme dans les mêmes milieux aux Etats-Unis.

Pour établir ces chiffres nous n'avions pas de statistiques exactes, puisque la déclaration de la syphilis n'est devenue obligatoire que depuis 1941, et que 1942 est la première année complète pendant laquelle nous avons pu obtenir la déclaration de la part des médecins.

Au cours de 1942, le nombre des syphilitiques traités dans les cliniques et hôpitaux a été de 6,305; il était de 6,138 en 1941, de 6,964 en 1940, c'est-à-dire que, dans l'ensemble, le total se maintient à peu près le même.

Par contre, l'on retrouve une forte augmentation dans le nombre des syphilitiques traités et rapportés par les médecins: de 1,029 qu'il était en 1940, il a doublé en 1941, atteignant 2,092, et ce chiffre a plus que doublé en 1942 puisqu'il atteint le total de 4,348.

Suivant nos statistiques, il se trouve y avoir un total de 10,653 syphilitiques traités par les cliniques et les médecins, au cours de 1942. Comme il faut admettre qu'une proportion assez importante de ces malades ont été traités sans être rapportés à notre division, nous sommes bien certains que plus de 12,000 syphilitiques ont été traités durant cette même année. Or, si l'on admet, avec le docteur Parran, que le nombre des syphilitiques sous traitement ne représente que 10 p. 100 des individus infectés, le nombre de ceux-ci se trouve être de 120,000 dans notre province.

Si l'on veut maintenant tenter d'établir le taux d'incidence des infections nouvelles, par la syphilis, dans notre population, suivant les statistiques de l'année 1942, nous y trouvons rapportés: 1,345 cas de syphilis primaire; 1,234 de syphilis secondaires, soit un total de 2,579 infections récentes qui représentent un taux d'incidence d'environ 0.73 par 1,000 de population.

Par ailleurs il faut tenir compte des infections plus anciennes qui ont été découvertes et rapportées au cours de l'année 1942. L'on y relève 887 infections latentes de moins de quatre ans, 726 de plus de quatre ans, 256 syphilis tertiaires, 408 syphilis nerveuses formant un total de 2,277, approximativement le même que celui des infections primaires et secondaires.

Il faut admettre que même après le dépistage intense fait au cours de l'année, il reste des infections primaires et secondaires ignorées, et que celles qui ont été découvertes n'ont pas toutes été déclarées à notre division.

Les deux item forment un total que nous n'estimons pas inférieur à celui des infections latentes, de moins de quatre ans, rapportées en 1942. Ces 887 infections ajoutées aux autres infections récentes élèvent à 1 p. 1,000 le taux d'incidence de la syphilis dans notre population. En l'admettant nous croyons rester en deçà du chiffre réel. L'on sera bien davantage alarmé du danger vénérien si l'on regarde l'augmentation des infections récentes rapportées par les institutions au cours des années 1940, 1941 et 1942. Le nombre des infections primaires a passé de 300 à 400 en 1941 et s'est élevé à 540 en 1942; celui des infections secondaires était de 365 en 1940, de 560 en 1941, de 660 en 1942, soit une augmentation de 80 p. 100 des infections récentes en deux années.

Cette augmentation serait probablement moins marquée si nous n'avions pas établi dans nos principales cliniques antivénériennes, depuis 1941, un service social qui a contribué, non seulement à maintenir les patients sous traitement, mais à dépister la source de leur infection.

Depuis mars et juin 1941 sont en vigueur, notre loi pour prévenir les maladies vénériennes, et les règlements édictés en vertu de cette loi. Les règles épidémiologiques suivies pour le dépistage et le contrôle des autres maladies contagieuses, s'appliquent dorénavant à la syphilis, et l'institution d'un service médico-social est la plus importante mesure établie par le Ministère de la Santé pour le contrôle des maladies vénériennes.

Ce service comprend un directeur et 18 assistantes spécialement entraînées, attachées en permanence aux grandes cliniques de Montréal et de Québec, aux dispensaires de Trois-Rivières et de Sherbrooke. A quelques autres dispensaires sont attachées des infirmières de nos unités sanitaires. Les médecins de ces unités et les inspecteurs régionaux, agissant conjointement avec nous lorsqu'il y a lieu, étendent notre service médico-social à toute la province, mais l'une des mesures les plus urgentes est sans aucun doute d'augmenter le nombre de nos assistantes médico-sociales, de manière à pouvoir en assigner une pour chacun de nos centres industriels.

Le nombre des cliniques subventionnées par la division des maladies vénériennes est de 10 dans la cité de Montréal, Verdun compris, de 4 dans Québec, il en existe 6 dans les autres centres les plus importants, formant un total de 20 cliniques.

Dans la plus importante il a été traité plus de 1,500 syphilitiques, trois en ont traité de 500 à 600, quatre, de 200 à 300. Dans leur ensemble, toutes les cliniques et institutions en ont traités, comme nous l'avons dit, plus de 6,000 en 1942.

Ces cliniques ont administé 138,921 injections d'arsénic, de bismuth et de mercure fournies par notre division.

Notre distribution gratuite des médicaments anti-syphilitiques aux médecins a débuté avant 1941, mais c'est en 1941 qu'elle prend une réelle importance avec un total de 63,820 doses de médicaments injectables distribuées.

Au cours de 1942 les médecins ont reçu de notre division plus de 64,000 ampoules de 914 et autres arsénicaux, et une quantité suffisante de bismuth et de mercure pour plus de 60,000 injections formant un total de 125,000 traitements.

Notre distribution gratuite de médicaments pour la blennorragie s'est élevée à plus de 140,000 grammes de sulfamidés, dont 9,000 aux médecins traitant des indigents dans les districts où il n'existe pas de dispensaire.

Les 4,000 cas de blennorragie qui ont été traités dans nos dispensaires ne représentent qu'une faible proportion des infections par le gonocoque, la plupart étant traitées dans les bureaux privés sans être déclarés à notre division. Mais nous avons tout lieu de croire que le taux d'incidence de la blennorragie est de beaucoup supérieur à celui de la syphillis, comme il l'est généralement ailleurs.

La déclaration de toutes maladies vénériennes est obligatoire mais nous insistons davantage sur celle de la syphilis, en vertu de la gravité et de la durée de cette infection. Pour obtenir qu'elle soit déclarée nous avons recours à deux moyens: (1) tout médicament anti-syphilitique est refusé pour le traitement d'un patient dont la déclaration n'est pas en règle (2) les résulats sérologiques positifs rapportés par notre laboratoire aux médecins servent à contrôler leurs déclarations. Lorsqu'un résultat positif correspond à un malade non déclaré, son médecin reçoit un avis, suivi d'un second au besoin.

La collaboration qui existe entre les médecins et la division des maladies vénériennes est un grand encouragement et un facteur de succès. Nous nous sommes efforcés, dès le début, de développer cette collaboration en maintenant un service consultatif, propre à aider les médecins dans la direction du traitement ou dans l'interprétation des réactions sérologiques.

Dans les dispositions prises par le ministère de la Santé en vue de promouvoir l'enseignement et le traitement des maladies vénériennes, il a été prévu que des centres seraient organisés sous la direction du personnel enseignant des Universités de Montréal, Laval et McGill.

En plus de donner l'enseignement universitaire, ces centres servent à l'entraînement de nos médecins hygiénistes et de nos travailleuses sociales. Ils reçoivent aussi pour fins de diagnostic et de traitement tous les vénériens indigents. Enfin, avec l'approbation du Procureur Général, le personnel de ces centres a pris charge du traitement des femmes détenues dans les prisons de Montréal et de Québec.

Pour les syphilitiques indigents dont l'hospitalisation n'est pas requise et qui habitent les districts où il n'existe pas de dispensaire, le traitement que requiert leur état est confié aux médecins les plus rapprochés qui reçoivent pour ce service un certain dédommagement du ministère de la Santé.

Le premier rapport de notre service médico-social donnera une idée des résultats qu'on en doit attendre.

Au cours de cette année 1942 il a été rapporté à notre division 682 sources d'infection; nos enquêtes en ont retracé 77%, et les trois quarts des personnes examinées présentaient des signes manifestes de syphilis ou de blennorragie, ou des deux infections à la fois.

Nos principaux dispensaires ont rapporté 590 personnes comme contacts; toutes moins 1 pour 100, ont été retracés, et près de la moitié souffraient de syphilis. De ces 266 syphilitiques, 95% ont été amenés au traitement. Il ne reste donc que 5% de ces maladies que nous n'avons pu suivre.

La syphilis congénitale a été recherchée chez 571 personnes issues de syphilitiques. Chez 328 elle fut prouvée et 294 de ces hérédos, soit 89 pour cent, sont traités.

Le travail de notre service médico-social a été particulièrement fructueux dans les cliniques pour maintenir les malades sous traitement. Cependant 610 nous ont été rapportés comme délinquants et 491, soit 79%, ont été retracés. De ceux-ci 95%, c'est-à-dire 465 syphilitiques infectieux, ont été ramenés au traitement. Les procédures légales n'ont été requises que pour 40 individus, dont 31 ont été conduits à la prison et 9 isolés dans des hôpitaux. Ces mesures de rigueur vis-à-vis du total des délinquants ne représentent que 9%.

Nous ne comptons pas ici, les insolements émis pour environ 600 personnes appréhendées comme prostituées ou racoleuses et trouvées infectées de syphilis ou de blennorragie.

Par le nombre des individus atteints, par l'accroissement des infections récentes attribuables à la guerre, la syphilis et la blennorragie constituent un sérieux problème, auquel la Province de Québec s'efforce depuis deux ans d'apporter une solution définitive.

1. La législation de 1941 rend obligatoire la déclaration des vénériens, et leur traitement aussi longtemps qu'ils sont contagieux, et elle autorise leur isolement.

2. Un service médico-social est chargé de rechercher les sources d'infection et de maintenir sous traitement les vénériens infectieux.

3. Le traitement est gratuit pour les indigents et facilité pour tous les syphilitiques par la distribution des médicaments.

4. Notre laboratoire maintient un haut standard pour tous les examens en rapport avec la syphilis.

5. L'enseignement médical est organisé pour étudiants et praticiens.

6. La propagande se fait par la radio, le film, les "posteurs" et la distribution de centaines de mille tracts.

Ces mesures de propagande et de contrôle coûtent à la Province de Québec, pour l'année courante, une somme de 100,000 dollars, sans avoir encore atteint le développement qui assurerait leur pleine efficacité. Il faudra pour le service

social, pour le traitement des indigents, pour la propagande, des octrois additionnels doublant notre budget actuel. Nous suggérons qu'ils soient versés à notre division des maladies vénériennes par la division centrale. De cette façon le ministère des Pensions et de la Santé Nationale contribuerait une somme égale à celle versée par notre province pour la lutte anti-vénérienne, qui intéresse tout autant la nation que notre province.

Le PRÉSIDENT: Il se peut que plusieurs d'entre nous n'aient pas pu suivre le docteur Archambault comme ils auraient voulu. A-t-on des questions à poser?

L'hon. M. MACKENZIE: Je voudrais poser une question au docteur Archambault.

L'hon. M. Mackenzie:

D. Vous vous occupez de ce travail depuis un bon nombre d'années. Depuis que vous avez commencé ce travail, la maladie a-t-elle perdu du terrain dans votre territoire?—R. Je me suis occupé surtout du laboratoire. Je ne suis attaché que depuis deux ans à la Division des maladies vénériennes. Dans ces deux ans, la maladie s'est répandue d'une manière remarquable. Je crois pouvoir affirmer en toute sûreté que le nombre des infections a monté de 80 p. 100 en deux ans.

D. Cela provient-il de la situation causée par la guerre?—R. Nous le croyons, car immédiatement avant la guerre, il y avait plutôt une baisse. Les anciens rapports du ministère accusent une baisse.

Le PRÉSIDENT SUPPLÉANT: A-t-on d'autres questions?

Merci, docteur Archambault.

Le témoin se retire.

Le PRÉSIDENT SUPPLÉANT: Le témoin suivant est le docteur Gordon Bates, directeur général de la *Health League of Canada*, de Toronto.

Le docteur GORDON BATES, directeur général de la *Health League of Canada*, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, mesdames et messieurs, voici un mémoire sur la question de l'éducation relativement à la lutte contre les maladies vénériennes, mémoire dont chaque membre du Comité a un exemplaire:

La question des maladies vénériennes est considérée comme un des problèmes d'hygiène publique les plus graves et les plus difficiles. Sa gravité devint évidente lorsque se généralisa l'emploi de la réaction Wassermann vers le commencement du siècle. Sir William Osler déclara, avant de mourir, que la syphilis dépassait en importance toutes les autres infections qui causaient la mort. Dans la suite, on reconnut la syphilis comme la grande tueuse. La ganorrhée, plus répandue, a été appelée la grande stériliseuse, vu qu'elle avait pour effet de réduire le taux des naissances.

Commission royale britannique (1913)

Les ravages exercés par ces deux maladies en Grande-Bretagne, amenèrent, en 1913, l'institution d'une commission royale qui fit rapport en avril 1916. Les autorités arrêtèrent ensuite un programme comportant la dépense de fortes sommes à même le trésor impérial pour rembourser les services d'ygiène qui établiraient des moyens de traitement. Une partie très importante du programme consistait dans la formation du *National Council for Combating Venereal Diseases*, association bénévole présidée d'abord par lord Sydenham, le président de la Commission royale. Cette association recevait une partie de ses fonds sous forme d'octrois du gouvernement britannique.

PROGRAMME CANADIEN

Commission royale de l'Ontario

De même, au Canada, par suite de la constatation graduelle des dangers de ces maladies, on prit des mesures spéciales au cours de la dernière guerre. Par exemple, une commission royale ontarienne, sous la présidence de M. le juge Hodgins, rédigea la première loi importante et précise dans ce domaine. Un arrêté en conseil de la Saskatchewan sur ce point avait toutefois devancé la loi fédérale.

Programme canadien (1919)

En 1919, après la conférence interprovinciale convoquée par l'honorable N. W. Rowell, qui devint plus tard le premier ministre de la Santé au Canada, on établit un programme pour le pays tout entier. Ce programme donna lieu aux premiers et aux seuls octrois pour fins d'hygiène qui furent moyennant certaines conditions, accordés aux provinces par le gouvernement fédéral à toute fin et qui se chiffraient à $200,000. Une des conditions les plus importantes était que chaque province dépense en outre une somme égale à l'octroi fédéral. La conférence décida aussi de recommander l'établissement d'une division des maladies vénériennes dans l'administration fédérale et la formation d'une nouvelle association bénévole semblable au *British National Council for Combating Venereal Disease*. Incidemment, l'élaboration d'un programme antivénérien par cette conférence coïncida presque avec l'établissement du ministère fédéral de la Santé, et il est probable que le problème des maladies vénériennes et la nécessité d'un subside fédéral contribuèrent beaucoup à hâter la formation du ministère fédéral de la Santé.

Aspects sociaux du problème

Les maladies vénériennes ont été appelées à juste titre des maladies sociales parce que dans une certaine mesure elles sont un symptôme ou un résultat des conditions sociales. Ainsi la lutte contre les maladies vénériennes a été considérée comme étant du domaine de l'hygiène sociale et il faut un programme d'hygiène sociale pour combattre ces maladies. Par exemple, bien qu'on puisse prévenir et même guérir ces maladies par des moyens purement médicaux, ces moyens ne suffisent pas pour les enrayer. Dans une déclaration récente, l'archevêque de Cantorbéry, président du *Central Council of Health Education of Great Britain*, affirmait que les fonctionnaires du gouvernement avaient ignoré les principes moraux qui étaient en jeu dans la question des maladies sociales. "La racine du mal", dit l'archevêque, "c'est le traitement d'un problème relevant surtout de la morale comme si c'était surtout un problème médical. Ce qui est d'abord un problème moral comportant un symptôme médical est traité comme s'il s'agissait d'abord d'un problème médical ayant un aspect moral." On retrouve la même idée dans une déclaration semblable faite il y a un an par le docteur James McIntosh, qui fut jusque récemment le médecin en chef du service d'hygiène de l'Ecosse.

Education quant aux faits médicaux

Devant ce fait, il devient évident qu'en discutant la question de l'éducation on doit l'examiner sous un certain nombre d'angles différents. Il semble évident que l'angle médical doit être considéré tout d'abord. Les programmes pour le combat des maladies vénériennes ne sont venus qu'après la diffusion des renseignements sur le fait que les maladies vénériennes étaient graves et répandues. C'est un programme d'éducation soulignant les faits et exécuté par des groupes de citoyens intéressés, entre 1916 et 1919, qui aboutit d'abord à l'adoption de la loi ontarienne et plus tard à la conférence convoquée par l'hon. N. W. Rowell et tenue, le 19 mai 1919, pour établir un programme d'ampleur fédérale pour la lutte contre les maladies vénériennes.

Découvertes scientifiques

Sans aucun doute, les découvertes de la science, surtout la découverte du tréponème pâle, cause de la syphilis, par Schaudinn en 1903, et la découverte de la réaction Wasserman en 1906 ont contribué largement aux développements qui sont produits ensuite. La lutte s'est engagée parce que le diagnostic de la syphilis est devenu facile par le développement de l'analyse du sang qui a permis d'obtenir des renseignements précis sur les ravages de la maladie. Voici quelques faits concernant la syphilis, glanés dans les brochures publiées vers 1920 sur la question:

Statistiques de 1920

La gonorrhée cause les maux suivants:

Plus de 10 p. 100 des cécités;
Quatre-vingt p. 100 des cécités de nouveau-nés;
Plusieurs maladies chroniques des jointures, de la vessie et des organes génitaux;
Cinquante pour cent des opérations chirurgicales sur les organes génitaux féminins.
On voit facilement qu'elle réduit la capacité de travail.

La syphilis est la cause d'une forte proportion des cas d'aliénation mentale.

Elle cause l'ataxie locomotrice et la parésie ou ramolissement du cerveau.
Elle est la principale cause de l'apoplexie et des attaques de paralysie dans le jeune âge.
Elle est la cause de près de la moitié des avortements et des fausses couches.
Elle est la cause d'une forte proportion des maladies du cœur, des vaisseaux sanguins et des autres organes vitaux.
Elle est transmissible aux enfants et cause la mort d'une très forte proportion des enfants infectés.
Elle est une des causes des défectuosités mentales des enfants.
Elle diminue beaucoup la capacité de travail et raccourcit la vie d'à peu près un tiers.

Présence de la syphilis

On signale que les analyses courantes du sang entre 1916 et 1918, à l'hôpital général de Toronto, ont montré que 12.8 p. 100 de tous les malades donnaient une réaction Wassermann positive, indiquant la présence de la syphilis, et qu'à Montréal ces analyses n'ont pas donné moins de 26 p. 100. On remarque que, même aujourd'hui, il y a des parties de notre continent et sûrement d'autres parties du monde où le pourcentage d'infection syphilitique est beaucoup plus élevé. Par exemple, il n'y a pas longtemps, le chef du service d'hygiène de l'Alabama déclarait qu'un relevé de la situation dans l'Alabama démontrait que la syphilis contaminait jusqu'à 40 p. 100 de la population dans certaines villes. D'autre part, dans d'autres pays et à des endroits où l'on a entrepris de vigoureuses campagnes, on a réduit la syphilis à sa plus simple expression.

M. N. W. Rowell, dans un débat à la Chambre des Communes en 1919, déclarait que, dans un asile canadien, la syphilis comptait pour 24 p. 100 des aliénés mâles admis en une seule année. Cette proportion a évidemment beaucoup diminué depuis.

Comme je l'ai fait remarquer, il est reconnu que le problème des maladies vénériennes est si grand et si compliqué et comporte un si grand nombre d'organisations et d'institutions, que l'aspect éducatif du programme de combat devrait comprendre la coopération active d'une association bénévole qui pourrait servir à unifier toutes ces organisations et à les influencer toutes. Pour cette raison, dans notre pays aussi bien qu'en Angleterre une association bénévole peut jouer un rôle important.

Formation d'une association bénévole (1919)

L'association bénévole du Canada est née en 1919. Elle comprenait des représentants de toutes les provinces et portait, la première année, le nom de Comité national pour le combat contre les maladies vénériennes. A la fin de l'année, on changea le nom en celui de Conseil canadien d'Hygiène sociale. Ce changement reconnaissait le fait qu'il s'agit d'un problème social.

Education du public

Lorsqu'il s'agit de discuter le genre d'éduction à entreprendre, on constata que le premier travail à faire consistait à renseigner le public sur les faits concernant les maladies vénériennes. On savait et on sait encore que des milliers de gens souffraient et souffrent de la syphilis sans le savoir. Le fait peut être dû à l'ignorance des symptômes. C'est que dans bien des cas la syphilis peut exister sans symptômes pendant plusieurs années, bien qu'elle puisse causer de grands ravages et même la mort. Par conséquent, la première tâche consistait à développer des moyens d'éduquer des groupes importants de population à la fois.

La pellicule "End of the Road"

Une des premières mesures éducatives consista à passer un contrat pour montrer un film très précieux intitulé "The End of the Road". Cette pellicule fut exhibée dans tout le pays. Environ un million de personnes vinrent la voir. En même temps on distribua très largement des renseignements imprimés.

Orateurs spéciaux: Dr J. J. Heagerty, Mme Emmeline Pankhurst

Un autre épisode intéressant de la campagne antivénérienne, dans ses débuts, fut l'accord conclu avec diverses provinces, et en vertu duquel le docteur J. J. Heagerty, le secrétaire général de la Ligue, et Mme Emmeline Pankhurst, firent une tournée au Canada et prononcèrent des conférences, devant des auditoires nombreux, sur tous les aspects des maladies vénériennes, dans l'ordre social, moral et médical. De pareilles méthodes sont très précieuses, parce qu'elles permettent de traiter le sujet dans toute son ampleur.

A cette époque, nous avons offert aux Etats-Unis d'organiser, au Carnegie Hall, une conférence de ces trois orateurs, qui avaient attiré d'énormes auditoires au Canada. Mais l'opinion publique n'était pas prête, et il est intéressant de noter que les journaux de New-York refusèrent de mentionner la syphilis jusqu'à la campagne du docteur Parron.

Résultats

Le film cinématographique dont j'ai parlé a prouvé sa valeur au point de vue médical, car dans toutes les villes où il a été projeté, de nombreuses personnes se sont immédiatement soumises à l'examen ou au traitement. Les conférences de Mme Pankhurst, du docteur Heagerty et du secrétaire général de l'Association entraînèrent en outre un regain d'intérêt de la part des églises, des organisations sociales, etc., qui s'occupèrent des principaux facteurs de propagation de la maladie, dans l'ordre social. Depuis cette époque, l'association bénévole n'a pas cessé de poursuivre, dans une certaine mesure, ce travail éducatif.

Œuvre éducative des cliniques

Je dirai un mot, ici, de l'œuvre éducative de la clinique même. Il est certain que l'existence de cliniques dans toutes les provinces du Canada, où le public peut recevoir, non seulement un traitement, mais des renseignements sur la gravité du mal, a contribué au contrôle de la maladie. La distribution de littérature dans les cliniques par le ministère fédéral de la Santé, jusqu'à la suspension des subsides fédéraux, a également été utile.

Responsabilité fédérale

Mais on s'est vite aperçu qu'il ne suffisait pas d'instruire le peuple sur le fait des maladies vénériennes. L'octroi de subventions par le gouvernement fédéral, pour la lutte antivénérienne dans tout le Canada, impliquait la reconnaissance d'un principe nouveau, à savoir: la responsabilité du gouvernement fédéral dans le domaine de l'hygiène. Nous avions oublié la nécessité de tenir les législateurs au courant, pour le bon fonctionnement du plan de contrôle des maladies vénériennes au Canada. Autrement dit, il y avait une tâche éducative à remplir à la Chambre des communes même.

La preuve en est qu'en 1925 le gouvernement fédéral décida de cesser sa participation au plan de lutte antivénérienne. Une telle mesure aurait détruit l'ensemble du plan, et l'association bénévole se vit dans la nécessité d'agir. Elle organisa d'abord une députation, nombreuse et représentative, qui vit les ministres fédéraux et les prit instamment de ne toucher au plan sous aucun prétexte. Les ministres répondirent qu'ils ne pouvaient rien faire, car les questions d'hygiène relevaient des gouvernements provinciaux.

Comité volontaire du Sénat et de la Chambre des communes

Le résultat fin que l'Association se chargea d'une organisation dans la Chambre des communes même. Elle prit contact, personnellement, avec chaque membres du Sénat et de la Chambre, et un comité se forma, sous la présidence de feu le sénateur Rankin. Ce comité comprenait quelques-uns des membres les plus éminents du Parlement de cette époque. Il organisa une députation de cinquante membres qui obtint du premier ministre l'annulation de la décision gouvernementale, le maintien des subventions aux provinces, l'augmentation de la subvention accordée à l'Association et la poursuite de la campagne jusqu'en 1932. Malgré tous les efforts, en 1932, le gouvernement décida de renoncer au plan. Toutes les subventions furent retirées, et le gouvernement fédéral n'intervint plus avant 1938.

Après la suppression de la subvention fédérale, l'association bénévole, désormais connue sous le nom de *Canadian Social Hygiene Council*, ne recevant plus d'aide officielle, dut entièrement compter sur l'appui du public. Pendant cette période, le film "The End of the Road" fut repris, et projeté devant plusieurs centaines de milliers de personnes. Plus tard, en 1933, le film "Damaged Lives" fut projeté à Hollywood, et immédiatement après au Canada, devant un million de spectateurs environ, et ensuite dans tous les pays de langue anglaise du monde civilisé et dans de nombreux pays étrangers.

Le film contribua beaucoup à susciter un regain d'intérêt. En 1938, une subvention de $50,000, pour achat de remèdes, fut inscrite au budget. En 1935, une subvention de $5,000 fut accordée au *Canadian Social Hygiene Council* (aujourd'hui la *Health League of Canada*), pour fins générale d'hygiène. Cette subvention annuelle est au même niveau aujourd'hui, après avoir été de $20,000 pendant quelques années, avant 1932.

Depuis 1925, le comité parlementaire du Sénat et de la Chambre des communes se réunit tous les ans. La question des maladies vénériennes n'a pas quitté l'ordre du jour, et depuis 1932, date où les subventions fédérales furent supprimées, le comité parlementaire et l'association bénévole, aujourd'hui appelé *Health League of Canada*, ont accompli de constants efforts en vue du rétablissement du plan dans toutes ses parties. Les dignitaires du comité parlementaire sont aujourd'hui: le docteur J. P. Howden, président; le docteur J. J. McCann, vice-président; et le docteur C. J. Veniot, secrétaire parlementaire. Le secrétaire général de la Ligue fait fonctions de secrétaire actif du comité depuis sont institution en 1925.

Comme vous le savez tous, le budget fédéral de cette année comporte une somme de $240,000, ainsi répartie:

(1) $175,000 en subventions aux provinces;
(2) $15,000 pour l'établissement d'une division des maladies vénériennes au ministère fédéral de la Santé;
(3) $50,000 pour l'achat de remèdes, à distribuer dans les provinces.

De sorte que la somme accordée cette année est réellement plus forte qu'au début. Le budget ne prévoit aucune augmentation des subventions à la *Health League of Canada*, pour fins de propagande et d'éducation.

Programme du gouvernement des Etats-Unis

Il peut être intéressant pour les membres du Comité de savoir que le bill Lafollet-Bulwinkle, adopté par les Etats-Unis, comportait un programme analogue à la campagne canadienne, et autorisait le gouvernement fédéral à distribuer $25,000,000 de subventions par an. D'après mes renseignements, le ministère fédéral a dépensé un total de $8,000,000 l'année dernière (1942) et prévoit une dépense de $15,000,000 cette année.

Même en tenant compte du rapport des populations, les Etats-Unis dépensent sept ou huit fois plus que nous, actuellement.

Rétablissement du programme fédéral

Vous savez probablement que le colonel Williams, qui est ici aujourd'hui, est devenu directeur du contrôle des maladies vénériennes dans l'armée, et occupe un poste analogue au ministère des Pensions et de la Santé nationale. Il sera donc possible, pour la première fois depuis 1932, d'établir un programme coordonné comportant la participation du fédéral, des provinces et du public.

Au sujet de l'éducation, il faut savoir qui instruire, et comment. Un programme d'éducation populaire semblable à celui des débuts, est désirable. En fait, l'association bénévole a assumé, dans une certaine mesure, cette œuvre d'éducation.

La *Health League of Canada*, au cours des six derniers mois, a projeté devant plus d'un demi-million de personnes, dans toutes les provinces du pays, un excellent film. Elle a distribué des imprimés et projeté d'autres films, au bénéfice de la population civile et des forces armées. Dix textes sont actuellement en circulation, parmi la population civile et parmi les troupes. Des films sont prêtés à l'armée.

Cette œuvre d'éducation, me semble-t-il, ne fait que commencer. Elle enseigne surtout des faits médicaux à des groupes relativement restreints. Il faudra reconnaître, comme je l'ai déjà indiqué, l'existence d'autres aspects de la question, et s'efforcer d'atteindre tous les éléments de la population.

Le colonel Williams a rédigé un programme en quatre points: aspect médical, aspect moral, bien-être (ou aspect social), application de la loi.

PHASE ÉDUCATIONNELLE

Education des médecins

En examinant l'aspect médical, on s'aperçoit qu'il ne suffit pas de toucher le public. Le traitement des maladies vénériennes a fait des progrès si rapides que des médecins mêmes sont en retard. Faute de cours post-universitaires avancés sur ce suejt, il faut s'efforcer de tenir les médecins de tout le pays au courant des derniers progrès. La *Health League of Canada* a tenté un effort dans ce sens, en organisant un comité médical présidé par le docteur Robin Pearce, à Toronto, et qui, pendant plus d'un an, a préparé la rédaction d'un volume sur la syphilis et la blennorragie. Ce livre de 84 pages essayait de mettre à jour toutes les connaissances sur le sujet des maladies vénériennes. Il a été distribué gratuitement aux médecins, dans l'armée et dans la vie civile, par le ministère des Pensions et de la Santé nationale et par les ministères provinciaux de l'Hygiène.

Education des infirmières

Une série de conférences pour l'instruction des infirmières a été mise à la disposition des écoles d'infirmières, mais il faudrait mettre ces textes à jour et en généraliser la distribution.

Education générale

En étudiant l'aspect éducationnel de ce problème, il convient de se rappeler les quatre divisions proposées par le colonel Williams, car elles se chevauchent dans une certaine mesure. Les enquêteurs médicaux, par exemple, ont étudié certains aspects purement médicaux, mais qui ne peuvent être réglés que par voie de législation. La syphilis à la seconde génération, par exemple, présente un grave problème. Le cas suivant en donnera idée.

L'autre jour, un homme entrait dans le bureau de secours d'une ville canadienne, en disant qu'il souffrait de rhumatismes et ne pouvait travailler. A l'hôpital, où il fut envoyé, on découvrit qu'il était atteint de syphilis tardive. On s'aperçut que sa femme était infectée, et l'état des enfants était le suivant:

1er enfant—partiellement aveugle et sourd;
2e et 3e enfants—sourds-muets;
4e enfant—infirme, avec infection syphilitique des os;
5e enfant—idiot;
6e enfant—faible d'esprit;
7e enfant—âgé de dix-huit mois, syphilitique.

Une pareille situation ne comporte pas de remède sans examen prénuptial. Certaines villes de l'union américaine ont inscrit cette mesure dans leur législation.

Examen prénuptial

Un programme d'éducation, enseignant au public que le mariage ne doit pas être contracté à la légère et qu'il convient de se soumettre à un examen médical préalable, paraît incontestablement logique. L'analyse du sang, selon la méthode Wasserman, pour toutes les femmes enceintes, pourrait aussi faire partie du programme.

La méthode Wasserman dans l'industrie et dans les hôpitaux

Ceci nous conduit à penser qu'un certain nombre de personnes employées peuvent être atteintes de syphilis, et sujettes à une dépression sous l'excès du travail. Un programme d'éducation dans l'industrie semble donc aussi logique. Ce programme pourrait comporter l'examen préalable et périodique des employés, comprenant la réaction Wasserman. Ensuite vient la question d'entraîner les médecins et les hôpitaux à un usage plus général de cette analyse, pour découvrir les cas de syphilis qui, autrement, ne seraient découverts qu'après avoir causé de sérieux dommages.

Il est heureux que les autorités militaires aient compris l'importance de cette analyse. Le colonel Ralston, ministre de la Défense, a récemment annoncé qu'elle serait généralisée dans l'armée. Espérons que cette mesure atteindra tous les conscrits, et non pas seulement ceux qui seront reconnus aptes au service militaire. Les jeunes gens refusés pour d'autres raisons, s'ils sont syphilitiques, peuvent constituer une charge publique, dans l'avenir, aussi bien que leurs camarades aptes au service. Je crois que moins de cinquante pour cent des recrues sont acceptées, à l'examen médical.

ASPECT JURIDIQUE

Lorsque les questions précédentes comportent des aspects juridiques, l'application de la loi relative aux maladies vénériennes est liée à un ensemble d'autres

questions. Il y a la question d'une législation générale convenable pour le contrôle des maladies vénériennes. Neuf provinces possèdent maintenant une assez bonne législation de ce genre, modifiée et perfectionnée de temps à autre.

Genres de législation nécessaires

Ensuite se pose la question des lois contrôlant la prostitution et toutes les situations qui encouragent les rapports illicites et la propagation de la maladie. Il semble nécessaire de se renseigner sur les faits avant de préparer une législation à cet égard. D'après les renseignements que nous possédons, les maladies vénériennes, en particulier la syphilis, tendent à augmenter parmi la population civile. Des enquêtes, conduites par des comité locaux, révéleraient bien des choses.

Nous savons toutefois qu'en bien des parties du pays existent, outre le problème de la prostitution organisée, d'autres moyens de faciliter les rapports illicites, en particulier l'usage de chambre d'hôtel. Nous connaissons bien des cas où l'infection a été contractée dans un hôtel où un couple non marié a pu s'inscrire sans intervention du propriétaire. Il semble qu'en pareil cas les questions d'application de la loi et d'éducation se tiennent étroitement. L'application de la loi doit suivre une demande publique d'intervention, qui ne se produira que lorsque les renseignements voulus auront été fournis à des citoyens actifs.

Il peut être nécessaire d'adopter des lois réglementant les taxis-autos, les automobiles de louage, les salles de danse, la location des chambres meublées et des chambres d'hôtel. Il faut, au préalable, faire connaître les faits et leur donner quelque publicité.

ASPECT MORAL

On a dit que l'aspect moral de ce problème relève de l'Eglise, et certes, l'Eglise assume une sérieuse responsabilité. Mais l'aspect moral relève aussi du foyer. Il n'est pas douteux que le délinquant sexuel devient délinquant, moins par défaut de connaissance des fonctions sexuelles que par défaut des bons principes moraux que l'Eglise, le foyer et l'école doivent inculquer.

La morale et l'Eglise

On a proposé de communiquer au clergé les renseignements possédés par les autorités médicales, si l'Eglise doit agir, et doit agir d'une manière intelligente. L'archevêque de Canterbury ne doit pas se tromper beaucoup quand il décrit la question comme un problème moral présentant des symptômes médicaux. Il semble que sa solution exige la collaboration des autorités médicales, religieuses et enseignantes.

ASPECT SOCIAL

La dislocation introduite dans la société par la situation de guerre aggrave le problème. Des milliers de jeunes gens, éloignés de leur foyer, sont libérés de la contrainte de la vie familiale, et plus susceptibles de contracter du mal que dans la situation normale du temps de paix.

Un programme américain

Pendant la dernière guerre, ce fait fut particulièrement reconnu aux Etats-Unis, où un programme fut élaboré, requérant la collaboration de toutes les grandes associations nationales, des autorités médicales et des autorités militaires. La Training Camp Activities Commission, dans l'armée, placée sous la direction de M. Raymond B. Fosdick, aujourd'hui président de la Fondation Rockefeller, a demandé la collaboration des grandes associations philanthropiques telles que l'Y.M.C.A. l'Y.W.C.A., les Chevaliers de Colomb, l'American Library Association, etc., en vue de procurer au soldat américain ce qu'on appelait des conditions normales de vie. Un plan de ce genre pourrait s'appliquer au Canada, aujourd'hui.

Le problème des jeunes délinquants, garçons et filles, et des remèdes que la société peut lui apporter, fait partie de ce problème.

Moyens d'éducation

Les moyens acceptés d'éducation doivent évidemment s'utiliser dans une tentative pour résoudre ce problème, à l'échelle nationale. Il faut pouvoir utiliser la conférence, la brochure, le film, la causerie radiophonique et la presse. Il faut saper le préjugé qui a écarté ces sujets de la radio.

Un problème qui a fourni des milliers de pensionnaires à nos asiles d'aliénés et à nos hôpitaux, en entraînant une charge correspondante pour le public, exige certainement d'oublier la pruderie qui a interdit, dans le passé, sa discussion publique. Les mots "maladie vénérienne", "blennorrhagie" et "syphilis" doivent paraître aussi ordinaires que les mots "rougeole" ou "tuberculose". Je crois qu'il faudrait élaborer un plan permettant de prendre contact avec toutes les associations nationales, en vue de les intéresser à tous les aspects de ce problème d'hygiène publique, qui est un problème social très important.

Dans tous les domaines où l'opinion publique n'est pas complètement éveillée, la valeur de l'association bénévole apparaît évidente. La preuve en a été fournie, à mainte reprise, par diverses associations dans divers domaines, et récemment encore par la *Health League of Canada* dans les domaines de la nutrition, de l'hygiène industrielle, de la pasteurisation du lait et de la prévention de la diphtérie, aussi bien que dans le domaine des maladies vénériennes.

L'association bénévole, organe de coordination

Dans l'application d'un vaste programme d'éducation, il faudra donc pleinement utiliser les services de l'association bénévole, la *Health League of Canada*, provoquer la collaboration du plus grand nombre possible d'associations nationales, non seulement en vue de répandre des renseignements sur les maladies vénériennes, mais en vue d'utiliser des groupements tels que ceux de la *Canadian Medical Association*, de la *Canadian Public Health Association*, des groupements religieux, des associations d'industriels, des associations féminines, des œuvres philanthropiques comme l'Y.M.C.A. et les Chevaliers de Colomb, des chambres de commerce, et une grande variété de groupements moins importants.

Je vous remets également un état supplémentaire de renseignements variés, que j'ai reçus depuis 24 heures environ. Le voici:

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES MALADIES VÉNÉRIENNES DANS UN PROGRAMME D'ÉDUCATION

En avril 1943, le "Gallup Poll", à la suggestion de la *Health League of Canada*, fit une enquête sur l'opportunité d'un programme d'éducation sur les maladies vénériennes. Les résultats suivants ont été publiés le 15 mai:

Favorables à l'idée	90%
Défavorables à l'idée	2%
Indécis	8%

Le pourcentage des réponses approbatives est le plus élevé que le Gallup Poll ait jamais enregistré en faveur d'un projet quelconque.

Rapports sur les analyses du sang (Wesserman) sur les malades hospitalisés à l'Hôpital général de Toronto (à l'exception de la clientèle privée), pendant un certain nombre d'années. L'analyse était faite sur les malades sans distinction de la maladie provoquant leur hospitalisation. Les chiffres fournissent un pourcentage des admissions totales à l'hôpital, par année:

	Pourcentage		*Pourcentage*
1916	10.4	1930	3.4
1917	9.95	1931	2.7
1918	5.9	1932	2.5
1919	8.8	1933	2.5
1920	9.0	1934	1.7
1921	6.3	1935	1.5
1922	6.0	1936	1.7
1923	6.2	1937	1.5
1924	5.6	1938	1.5
1925	5.8	1939	1.4
1926	4.5	1940	2.0
1927	3.8	1941	2.5
1928	3.5	1942	3.4
1929	3.2		

Rapport des cas de syphilis à leur début traités à l'hôpital général de Toronto au cours des années suivantes:

1921	29	1932	80
1922	43	1933	73
1923	43	1934	76
1924	42	1935	54
1925	41	1936	41
1926	42	1937	41
1927	40	1938	68
1928	74	1939	103
1929	86	1940	109
1930	95	1941	131
1931	79	1942	145

Rapport préliminaire d'une enquête instituée dans la ville de Toronto au cours du mois d'avril 1943. Cette enquête conduite conjointement par l'Académie de médecins et la *Health League of Canada*, consistait dans l'envoi d'un questionnaire à tous les médecins et à toutes les institutions dans le but d'obtenir le nombre des cas traités à une date fixée.

Jusqu'à ce jour, 913 médecins ont répondu au questionnaire; 42 ne l'ont pas encore fait. Presque toutes les institutions ont répondu.

Ces chiffres ne se rapportent qu'aux cas de syphilis à leur début (nouveaux cas) et une comparaison est établie avec les chiffres obtenus au cours d'une enquête semblable tenue, conduite en 1937.

	Cliniques		*Médecins*	
	Hommes	*Femmes*	*Hommes*	*Femmes*
1937	71	84	149	89
1943	246	235	281	173

Totaux

1937 Hommes (nouveaux cas)	220
1937 Femmes (nouveaux cas)	173
(1937) Total	393
1943 Hommes (nouveaux cas)	526
1943 Femmes (nouveaux cas)	408
	934

Relevé de l'occupation des femmes qui se sont présentées à une clinique le 26 mai 1943:

Fabricante de boîtes
Maîtresse de maison
Maîtresse de maison
Commis des postes
Femme de peine
Maîtresse de maison
Demeurant à la maison
Inspectrice
Femme de peine
Maîtresse de maison
Ménagère (hôtel)
Garde-malade (service privé)
Nettoyeuse (magasin à rayons)
Fille de table (café)
Maîtresse de maison
Fille de table (laiterie)
Buandière—trieuse
Finisseuse de photographies
Maîtresse de maison
Marqueuse
Travailleuse en munitions
Receveuse—bureau d'optométrie
Appareilleuse de ceintures
Préposée aux écritures dans une industrie
Vendeuse de robes (magasin à rayons)
Commis de banque
Opératrice de machine (travail civil)
Opératrice de machine (travail de guerre)
Trieuse de vêtements (travail civil)
Ajusteuse (travail civil)
Vendeuse de cigares
Maîtresse de maison
Trieuse—fabrique de bouteilles
Maîtresse de maison
Relieuse à la machine—société industrielle
Opératrice—usine de munitions.

Etat civil des femmes susdécrites

Célibataires	12
Mariées	15
Séparées	6
Veuves	3

RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS AU COURS D'UN EXAMEN DE RAPPORTS FAITS PAR LA PRÉVOYANCE SOCIALE

Une fiche est dressée pour chaque cas de maladie vénérienne afin d'obtenir le nom et l'adresse de la source d'infection et de savoir comment l'infection a débuté. Un grand nombre de ces sources d'infection n'ont pas été rémunérées.

Cas nº 1—Rencontra la source à — — Lunch, rue Queen. Tous deux se rendirent dans une chambre à l'hôtel — —.

Cas nº 2—Racola la fille à l'hôtel — —. Se rendirent dans une pension, rue Dundas.

Cas nº 3—Rencontra la fille à une sauterie, à l'hôtel — —. Allèrent à une pension.

Cas nº 4—Rencontra la fille dans la taverne — —. Louèrent une chambre dans un hôtel pour une période indéterminée.

Cas nº 5—Rencontra la fille dans une taverne. Allèrent à l'hôtel — —, rue Jarvis. Croit que la fille vient de la campagne.

Cas nº 6—Rencontra la fille dans une soirée. La conduisit dans une maison, rue Elm.

Cas nº 7—Racola la fille alors qu'il était en automobile. La conduisit chez lui.

Cas nº 8—Racola la fille dans un cinéma. Allèrent à une chambre, rue Richmond. Lui donna 50 cents.

Cas nº 9—Racola la fille dans un hôtel. Se rendirent dans une pension, rue Georges. Déclare qu'il y a un grand nombre de pensions où l'on peut aller.

Cas nº 10—Racola la fille, rue Jarvis. La conduisit à l'hôtel — —.

Cas nº 11—Racola la fille rue Queen et la conduisit à sa propre chambre (à lui).

Cas nº 12—Rencontra la source au cours d'une sauterie à l'hôtel — —.

Cas nº 13—Devint infecté, — — rue Pembroke.

Cas nº 14—Rencontra la fille à l'hôtel — —.

Cas nº 15—Racola la fille rue Church, mais était trop ivre pour savoir où ils allèrent.

Cas nº 16—Rencontra la fille dans une chambre d'hôtel, à Brockville.

Cas nº 17—Fille — —. Va là où on la conduit pour la nuit — —, etc. ou dans une pension.

Cas nº 18—Rencontra la fille à l'hôtel — —. Se rendirent à une maison, rue Sherbourne.

Cas nº 19—Racola la fille à l'hôtel — — et y louèrent une chambre.

Sur un total de 60 cas, dans dix cas seulement on a la preuve que de l'argent fut donné. Dans 42 cas, aucun argent ne fut remis. On n'a pas de renseignement pour 8 cas.

Monsieur le président, j'ai résumé ce mémoire qui a été préparé pour couvrir la question d'une manière plus étendue, et je vous le remettrai.

Le PRÉSIDENT SUPPLÉANT: Le mémoire sera consigné en entier au compte rendu. A-t-on des questions à poser au docteur Bates?

M. McCann:

D. Rattachant le mémoire du docteur Bates au programme de sécurité sociale et plus particulièrement à la question d'assurance-maladie, puis-je demander au docteur Bates s'il est d'avis que l'adoption d'un projet d'assurance-maladie améliorerait les conditions mentionnées dans le mémoire et ferait atteindre plus rapidement les objectifs qu'il a en vue? Je désirerais également poser une autre question. Si le projet d'assurance-maladie est adopté, quelle sera la position des services bénévoles? Cesseront-ils d'exister ou auront-ils plus de travail sous le régime d'assurance-maladie qu'ils n'en ont maintenant? —R. Monsieur le président, je regrette que le ministre soit parti, car j'aurais aimé à répondre à cette question devant lui. Comme vous le savez, docteur McCann, le comité volontaire croit depuis longtemps que le gouvernement fédéral devrait prendre la direction de l'hygiène au Canada; c'est-à-dire que l'hygiène doit être considérée comme un objectif national bien défini. Pour la première fois, on constate que la Chambre des communes s'occupe sérieusement de la question d'hygiène. Je crois que si le programme de santé nationale décrit par le docteur Heagerty est mis à exécution, l'action commune de tous les facteurs mentionnés nous aidera certainement à contrôler les maladies vénériennes.

Quant aux associations bénévoles, je crois, vu la somme de travail qui reste encore à accomplir et la bienveillance qu'elles se sont acquises, que leur position sera encore plus forte. Laissons de côté la question des maladies vénériennes,

et prenons par exemple la pasteurisation du lait au sujet de laquelle j'ai eu de nombreuses discussions avec mon ami, monsieur MacInnis. La pasteurisation du lait est considérée comme essentielle par les autorités en hygiène publique. Mais elle ne sera vraiment efficace que si l'opinion publique la favorise. Dans la province de Québec, une filiale de notre association bénévole mène une campagne très active dans le but de porter à l'attention non seulement des législateurs, mais aussi de toutes les sociétés, le fait qu'une telle loi devrait être adoptée; et suivant mes renseignements, si cette loi n'est pas insérée dans les statuts cette année, elle le sera l'an prochain. Je ne vois pas d'autre manière d'atteindre ces objectifs. L'opinion publique doit être éveillée; elle ne doit pas l'être par le gouvernement pour qui la chose est impossible, mais bien par le public lui-même sous l'œil sympathique du gouvernement. J'ignore si ces réponses couvrent entièrement la question; mais la même chose s'applique à l'examen médical périodique, par exemple. Nous n'avons pas encore accompli grand'chose sous ce rapport. Il y a beaucoup d'éducation à faire. La même chose s'applique encore à la diphtérie. Il y a beaucoup d'endroits au Canada où le contrôle de la diphtérie n'est vraiment pas ce qu'il devrait être.

D. Est-vous d'avis que le programme d'éducation sous le rapport de la santé, devrait émaner de l'autorité centrale ou fédérale plutôt que de l'autorité provinciale?—R. Je crois que nous devrions penser comme des Canadiens, non pas comme des Néo-Ecossais, des Québecois ou des Ontariens. Je fut toujours de cet avis.

D. Les problèmes sont les mêmes d'une extrémité à l'autre du pays?—R. Oui. Les problèmes sont les mêmes d'une extrémité à l'autre du pays. Il devrait y avoir coordination dans le développement d'un esprit national. J'aimerais à voir une loi de la santé nationale comme il en existe une en Nouvelle-Zélande, où le taux de la mortalité est le plus bas au monde.

M. Slaght:

D. Si je vous ai bien compris, vous avez fait allusion au fait que dans certains états de l'Union, il existe une loi rendant obligatoire l'examen médical prénuptial. Avez-vous en votre possession, sous forme de brochure ou autrement, un exemplaire de l'un de ces lois qui sont en vigueur dans divers états et que vous pourriez remettre à notre secrétaire? Il est vrai que nous pourrions les avoir en faisant des recherches à la bibliothèque, mais si vous aviez ces textes réunis et s'il vous était possible de les mettre à la disposition de notre secrétaire, ils pourraient être d'un grand secours pour ceux de nous qui croient qu'une telle législation devrait être ébauchée pour être soumise au comité.—R. Une telle législation, monsieur Slaght, existe dans trente-deux états de l'Union. Elle a été réunie en recueil et elle est disponible.

Mme Casselman:

D. Le colonel Williams a dit, il me semble, qu'il existait déjà passablement de législation à cet effet dans les statuts provinciaux, mais qu'on ne lui avait pas donné suite. Je me demande s'il serait possible de savoir pourquoi. Est-ce parce qu'il n'y avait pas suffisamment de support financier? ou qu'il n'y avait pas assez de médecins? ou parce qu'on ne voulait pas y donner suite ou que l'idée de contrainte n'était pas assez forte? Est-ce qu'il serait possible d'avoir une réponse?—R. Il y a actuellement dans les statuts de chacune des neuf provinces suffisamment de législation en vigueur. L'expérience a démontré que l'existence d'une telle législation, surtout la partie qui a trait au traitement obligatoire, a crée une différence considérable surtout en ce qui a trait au traitement efficace de la maladie, principalement par les cliniques. De plus, le fait qu'une personne peut être contrainte de se faire soigner, est un facteur puissant lorsqu'il s'agit des résultats. Je crois que ce que vous avez en vue, c'est le fait que les médecins ne font pas de rapports. Le fait existe. J'ignore si le docteur Williams ou le docteur Heagerty ont un remède à cette situation. Il est vrai que les médecins ne font pas rapport et je ne sais pas comment on pourrait les y obliger.

M. MATTHEWS: Monsieur le président, ce que j'ai à dire est plutôt d'un caractère personnel et je ne crois pas qu'il soit nécessaire de le consigner au compte rendu. D'autre part, cela pourrait peut-être être utile à ceux que la question intéresse. Il y a quelques années, comme je sentais bien que nous avions à ce sujet une certaine responsabilité vis-à-vis de nos employés, notre comité des ateliers fut convoqué et informé de notre désir de faire subir un examen médical à chaque homme travaillant dans notre industrie; à condition que le comité consente à rendre cet examen obligatoire pour tous, nous étions prêts à en acquitter les frais. Après délibération, le comité fit savoir qu'il approuvait le projet. Je ne mentionne la chose que pour vous montrer que les ouvriers sont prêts à collaborer. Promesse leur fut faite que rien ne transpirerait des déficiences physiques qu'ils pourraient avoir, à moins qu'il ne soit question d'une maladie contagieuse, et alors chaque cas serait étudié séparément. Un examen annuel eut lieu et, en 1940—c'est-à-dire la première année de la guerre,—du moins pour ce qui nous concerne, notre industrie ne comptait pas un seul cas de maladie contagieuse. Les ouvriers furent soumis à l'épreuve Wasermann. J'ai pensé que ce renseignement vous serait précieux et qu'il servirait à vous convaincre que la maladie peut être extirpée de l'industrie. Si tous les chefs d'industrie témoignaient autant d'intérêt à leurs employés, je puis garantir qu'en moins de trois ans le mal serait enrayé. Et ce qui peut se faire dans l'industrie peut se faire dans n'importe quelle entreprise—magasin à rayons, hôtel ou autre. Il est vrai que dans certaines industries le déplacement de la main-d'œuvre est plus grand qu'ailleurs et cette dernière, plus difficile à surveiller. Depuis la guerre, il s'est produit une telle expansion dans tous les domaines que je ne serais pas prêt à affirmer que des résultats comme ceux-là peuvent être obtenus à l'heure actuelle, même chez nos propres employés.

Le PRÉSIDENT SUPPLÉANT: Je ne vois pas pourquoi nous ne prendrions pas acte de cette déclaration, à moins que vous ne teniez à ce qu'elle soit passée sous silence.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, un mot s'il vous plaît sur le sujet. Hier, j'ai cru bon de faire parvenir à chacun des membres du Comité un exemplaire d'un plan d'hygiène industrielle qui a été établi pour l'industrie. Ce plan porte sur la santé en général. L'un des principaux points du programme est que chaque employé subira un examen médical avant d'être embauché, et par la suite à des intervalles réguliers. Cet examen comprendra naturellement la réaction Wassermann. Si les industries commencent de s'intéresser à la santé générale des employés, il y a là une excellente occasion d'inscrire sur la formule de l'examen médical le résultat de la réaction Wasserman; certaines industries de guerre importantes procèdent déjà de cette façon.

Le Président suppléant:

D. Un mouvement est donc en voie de se faire en ce sens dans l'industrie?—R. C'est incontestable.

M. MCCANN: J'avais une question à poser au docteur Williams. Je présume que le pourcentage des maladies vénériennes s'est notablement accru là où il y a concentration de troupes nombreuses. Le fait a été constaté dans presque tous les pays. Dans un fort intéressant article de la livraison de ce mois du Reader's Digest, je lisais que des mesures ont été prises par les autorités du conseil d'hygiène, dans un endroit qui s'appelle Leasville, en Alabama, pour réunir les contaminés et leur faire subir un traitement. En sa qualité conjointe de membre de l'armée et de fonctionnaire du ministère des Pensions et de la Santé nationale, le docteur Williams pourra peut-être nous dire si un plan de ce genre est nécessaire; et, dans l'affirmative, si l'on a l'intention de l'adopter au Canada?

Le PRÉSIDENT SUPPLÉANT: Docteur Williams, auriez-vous l'obligeance de répondre à cette question?

Le lieut.-col. WILLIAMS: Docteur McCann, c'est là une question des plus importantes qui implique de grandes conséquences pratiques au point de vue de l'armée. Les membres des services armés qui contractent des maladies vénériennes sont les victimes de la société civile qu'ils fréquentent. Il ne s'ensuit pas nécessairement—et, de fait, la réalité est tout autre—qu'au Canada, le pourcentage de ces maladies soit plus élevé là où il y a les plus fortes concentrations de troupes. Au contraire, dans tel centre en particulier où les troupes sont le plus nombreuses, le pourcentage est de beaucoup le moins élevé de tous.

M. McCANN: Cela voudrait dire que le centre en question est bien isolé, n'est-ce pas?

Le lieut-col. WILLIAMS: Pas du tout, il ne s'agit pas d'un endroit isolé, mais d'un centre qui, depuis cinq ans, a dépensé trois fois autant d'argent par tête à lutter contre les maladies vénériennes que toute autre localité. En cet endroit, l'on n'a pas cessé de faire la guerre aux maisons de débauche, aux quartiers de lupanars, aux tavernes, et le reste. La maladie cesse de se propager dans nos troupes, au pays, en proportion directe des mesures prises par les autorités civiles pour en enrayer la diffusion.

M. McCANN: Quelle diffusion la maladie a-t-elle atteint, par exemple, à Halifax, où les autorités ont été plus lentes à agir?

Le lieut.-col. WILLIAMS: Elle dépasse de beaucoup la moyenne.

M. McCANN: Et au sujet de l'autre partie de ma question? A-t-on pris des mesures pour isoler les contaminés, pour les séparer et leur faire subir un traitement? Ou s'est-on contenté de vouloir les renvoyer de tel district en particulier dans un autre district?

Le lieut-col. WILLIAMS: Un excellent plan, qui sera mis en vigueur d'ici au 1er juillet et qui est presque complètement élaboré à l'heure actuelle, a été adopté pour que chaque membre des services armés qui contracte une infection soit l'objet d'un double interrogatoire. D'abord, on le questionnera sur le contaminé civil dont il a contracté la maladie vénérienne. Ces renseignements seront ponctuellement obtenus des hommes et transmis au service d'hygiène civile. On interrogera ensuite sur l'autre point, les moyens de contagion—dans quel milieu et par l'association avec quelles personnes cet homme robuste et bien constitué, qui est issu d'une bonne famille canadienne, est arrivé à un degré de contamination aussi infectieuse. Les renseignements seront recueillis avec soin et transmis, non pas au service d'hygiène, mais aux autorités qui ont charge d'appliquer la loi et de faire observer les règlements dans la ville en question; ce sont ces autorités qui agiront ensuite.

M. McCANN: A ce propos, me serait-il permis de dire que, pour ma part, je trouve que voilà précisément le nœud de la difficulté. La ville en question s'intéressera-t-elle au problème? Ou, par suite de l'état de guerre et la crise qui en résulte, ce problème ne devrait-il pas être résolu par les autorités fédérales, qui prendraient les moyens d'y parvenir?

Le lieut.-col. WILLIAMS: Lors de la réunion des sous-ministres tenue au Conseil fédéral d'hygiène il y a un mois, on a demandé au gouvernement fédéral de prendre des mesures spéciales en vertu de la loi des mesures de guerre pour remédier à la situation.

Le PRÉSIDENT SUPPLÉANT: L'heure est malheureusement venue de lever la séance. Je tiens à remercier chaleureusement, au nom du Comité, les dames et les messieurs qui ont comparu devant nous ce matin.

Je crois comprendre que la réunion s'ajournera jusqu'au mardi 1er juin, date où nous entendrons les scientistes chrétiens et les optométristes.

A une heure de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mardi 1er juin, à 11 heures du matin.

APPENDICE "A"

LA SANTÉ NATIONALE ET LA LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES AU CANADA

MÉMOIRE SUR LE PLAN GÉNÉRAL DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES AU CANADA

Par le lieutenant-colonel D. H. WILLIAMS du Service de Santé de l'Armée royale canadienne

Chef de la lutte contre les maladies vénériennes dans l'armée, ministère de la Défense nationale, directeur de la Division du contrôle des maladies vénériennes, ministère des Pensions et de la Santé nationale, et directeur de la lutte contre les maladies vénériennes, Conseil provincial d'hygiène, Colombie-Britannique.

Présenté au Comité spécial de la sécurité sociale.

Entre tous les problèmes que présente la santé nationale, aucun ne prend des proportions plus terribles et ne s'impose avec plus d'imminence à l'attention que celui des maladies vénériennes. Au contraire de tous les autres, les racines de ce mal plongent profondément dans des défauts inhérents à la nature humaine; dans des milieux malsains, mais qui pourraient être améliorés; dans le fait que la science médicale moderne n'a pas encore réussi à apporter au mal de remède efficace. Nul peuple n'est mieux en mesure que nous-mêmes, au Canada, à venir à bout de la menace des maladies vénériennes. A la résolution de bannir de chez nous cette "cinquième colonne" doit faire suite une attaque concertée. Aux parents et à l'Eglise incombe la tâche de resserrer les liens de famille et de rendre plus vigoureux les tempéraments individuels. Aux citoyens en général et aux autorités civiles en particulier revient celle de remédier aux conditions malsaines qui favorisent la contagion vénérienne. Ceux qui tiennent en main les armes de la santé publique doivent s'en servir adroitement et efficacement.

La syphilis et la blennorragie, deux fléaux humains faciles à prévenir, peuvent en large part être attribuées à la négligence, à la pruderie et au fait que l'on n'a pas regardé bien en face le problème et les causes d'où il procède. Ce que d'autres pays ont accompli, le Canada peut aussi l'accomplir. En vingt ans, la Grande-Bretagne a diminué de moitié son pourcentage de syphilis. En vingt ans, les pays scandinaves ont vaincu la syphilis et l'ont réduite à l'état de maladie rare. Pour plus de trente ans, la science médicale moderne n'a cessé de fournir au Canada les moyens de détruire les maladies vénériennes. Durant tout ce temps, des recherches laborieuses perfectionnaient graduellement les moyens fournis. Jusqu'ici, ces armes de la santé publique sont restées en grande partie dans le fourreau.

Inutile de nous tourner vers l'Europe pour voir les progrès accomplis grâce aux mesures intelligentes prises contre les maladies vénériennes. Aux Etats-Unis, le courageux programme lancé par le service d'hygiène publique sous l'impulsion énergique du chirurgien-général Parran, approuvé et appuyé par la population américaine et les institutions qui la gouvernent, a réduit à un niveau sans précédent les maladies vénériennes dans les services armés. De fortes sommes ont été affectées par l'Etat aux bureaux locaux d'hygiène et l'on s'est occupé de voir à ce que cet argent soit dépensé avec sagesse. Un organisme spécial du gouvernement, la *Social Protection Division*, a été institué, avec le but unique de mener la lutte contre les maisons de débauche qui fonctionnent illégalement et sont des foyers de contagion. On s'est attaqué aussi à d'autres

influences néfastes dans les différents centres. Selon l'expression même du chirurgien-général Parran—"la meilleure chose à faire avec la syphilis, c'est de la guérir".

Dans les pays qui ont eu la satisfaction d'atteindre ces résultats, l'extirpation des maladies vénériennes n'aurait pu s'effectuer si elle n'avait pas marché de pair avec l'instruction et les renseignements dispensés au public; avec l'admission générale du fait que certains facteurs d'ordre social et économique sont à la base de la contagion; avec le développement au pays de l'esprit de famille, pour la chaleur, la nourriture, la sécurité et l'affection que représente le foyer; avec un haut respect de la justice et des lois qui poursuivent dans leur repaire les trafiquants de la prostitution publique.

La réponse du Canada au défi est un front canadien à quatre secteurs contre les maladies vénériennes. Ces secteurs, unis, coordonnés et soudés en une ligne invincible s'avançant contre la syphilis et la gonorrhée, sont l'hygiène, les œuvres de bienfaisance, la loi et la morale, composantes d'un tout indivisible aligné contre un ennemi commun. L'objectif dernier est la disparition de la syphilis et de la gonorrhée. Chaque secteur doit prendre l'offensive et la mener avec ses armes et ses méthodes particulières. Dans le secteur de l'hygiène, on verra combattre sans relâche, avec les armes de la médecine moderne et les méthodes de l'hygiène publique, les médecins, les infirmières, les bureaux de santé, les facultés de médecine des universités et les hôpitaux. Dans le secteur des œuvres de bienfaisance, l'attaque sera dirigée par les sociologues et les agences de bienfaisance, armés contre la malpropreté, la promiscuité, l'indifférence, la négligence et l'insécurité. Dans le secteur de la loi, combattant sans relâche et avec une vigueur soutenue, les tribunaux, les avocats et les agences de police découvriront et poursuivront les exploiteurs de la faiblesse humaine. Dans le secteur de la morale, les Eglises et les familles mèneront la bataille en affermissant la qualité morale de la population canadienne, en lui inculquant la sagesse des âges et en lui faisant respecter la sainteté du mariage et de la vie familiale.

Tous les secteurs ont un territoire, un effectif et des armes bien déterminés. L'objectif ultime est le même pour tous. Chacun doit respecter le rôle des autres. Chacun doit considérer son secteur comme partie intégrante du front canadien en quatre secteurs contre les maladies vénériennes.

Les troupes du secteur de l'hygiène sont en mouvement! On revise et on réorganise leur stratégie afin d'intensifier et de coordonner toutes les mesures d'hygiène, préventive, sans oublier la nécessité de combiner leur action avec celle des trois autres secteurs. On s'attend à ce que tous les éléments du secteur de l'hygiène adoptent, dans tout le Canada, une stratégie commune. Les ministères de la Défense nationale, des Pensions et de la Santé nationale, ainsi que les ministères provinciaux de l'Hygiène, y travaillent en collaboration étroite.

La base de la stratégie en six points du secteur de l'hygiène est l'axiome selon lequel la syphilis et la gonorrhée, comme toutes les autres maladies contagieuses, peuvent être vaincues par les armes de l'hygiène publique et, par conséquent, peuvent se guérir et se prévenir. Le Canada a réduit la variole, la fièvre typhoïde et la diphtérie au rang de maladies rares; la tuberculose est à la veille de céder; les maladies vénériennes sont le prochain fléau à chasser! La plus grande force du secteur de l'hygiène réside dans le fait, qu'on ne saurait répéter trop souvent ni trop fort, que la syphilis et la gonorrhée peuvent se guérir et se prévenir! Le mot guérir est l'artillerie, le mot prévenir est l'infanterie des attaques de l'hygiène. Ils iront porter la guerre en plein cœur du territoire ennemi. Ils pratiqueront de larges brèches dans les fortifications de l'adversaire.

Le premier des six points égaux de la stratégie de l'hygiène est l'éducation du public. En renseignant le public complètement et d'une manière digne et raisonnable, on chassera les fausses craintes, les croyances surannées, et le tragique complot du silence auquel nous avons tous participé. Aujourd'hui, par bonheur,

un très grand nombre de personnes désirent se renseigner exactement sur la syphilis et la gonorrhée. La peur et le défaitisme font place à l'étude franche et intelligente de ce grave problème d'hygiène. Pour encourager cette excellente tendance, un plan vigoureux de vulgarisation de l'hygiène a été lancé et mettra à la portée des gens la connaissance des faits exacts. Les renseignements à répandre, et les méthodes, seront choisis avec soin, afin d'appuyer et non pas de ralentir l'action des secteurs des œuvres de bienfaisance, de la loi et de la morale.

Le deuxième point de stratégie est de mettre à la disposition de tous, au Canada, de suffisantes facilités pour la détection et le traitement de la maladie. Nous avons le devoir d'assurer à tous les Canadiens ayant besoin d'être examinés ou soignés ce que la médecine moderne peut leur offrir de meilleur. Aujourd'hui, les laboratoires des ministères provinciaux de l'Hygiène, en dépit des lourdes charges nouvelles que leur impose l'effort de guerre, et en dépit du manque de personnel et de matériel, assurent héroïquement leurs services au pays. Pour continuer leur œuvre et répondre aux demandes toujours plus fortes qui leur sont faites, ils ont besoin d'aide. Le public reconnaissant de plus en plus la nécessité de localiser et de soigner la syphilis cachée au milieu de nous, la demande de services de laboratoire va s'augmenter en conséquence. Tous les ans, le gouvernement fédéral fait la guerre à la syphilis, dans tous les coins du pays, en achetant et distribuant aux médecins, hôpitaux et cliniques, par l'intermédiaire des ministères provinciaux de l'Hygiène, des préparations arsénicales d'une valeur de $50,000.

Il n'y a pas de place au Canada, aujourd'hui, pour le traitement des maladies vénériennes par des soigneurs improvisés usant de méthodes frauduleuses et dangereuses; voilà sur quoi se fonde le troisième point de stratégie. L'empirisme médical et la charlatanerie doivent disparaître. Le préjugé naturel, la crainte et la pudibonderie qui accompagnent la syphilis et la gonorrhée ont fait le jeu de coquins posant aux spécialistes des "maladies du sang" et des "maladies masculines". Ces oiseaux de proie ne dépouillent pas leur victime seulement de son argent, mais en même temps de ses chances de guérison. Ils lui font perdre du temps précieux. L'infection ne fait que s'aggraver et se perpétuer. Il existe des lois provinciales suffisantes pour combattre cette menace à la santé nationale, mais elles ne sont pas appliquées.

Le quatrième point de la stratégie du secteur de l'hygiène porte sur la plus grande des tragédies de la syphilis: l'infection des petits enfants innocents qui, sans y être pour rien, viennent au monde avec un corps ravagé par la syphilis. Il est possible, en moins d'un an, d'effacer cette tache affreuse du tableau de notre santé nationale par un moyen bien simple: soigner d'une manière appropriée les femmes enceintes avant leur cinquième mois. Il est maintenant démontré que, si la syphilis des mères est reconnue, grâce aux prises de sang, et soignée avant le cinquième mois, au moyen d'injections hebdomadaires, il y a presque toutes les chances que le bébé naisse normal, en santé et parfaitement exempt de la syphilis. C'est un fait à faire connaître à toutes les mères canadiennes. Si toutes les femmes enceintes du Canada allaient voir le médecin avant leur cinquième mois et subissaient un examen du sang, et si tout les médecins du Canada examinaient le sang des mères et soignaient les syphilitiques de la manière appropriée, les naissances syphilitiques deviendraient une chose rare avant la fin de l'année.

Notre cinquième point est fondé sur une autre tragédie, inséparablement liée, et antérieure, à la précédente. C'est l'infection des jeunes mariées innocentes. L'une des conditions primordiales de la fondation d'un foyer solide est la santé des conjoints, les futurs père et mère de la famille. Les jeunes gens qui se préparent sagement au mariage reconnaissent que la famille, pour être heureuse, doit s'appuyer, entre autres choses, sur la santé et le bien-être physique. La

syphilis découverte chez un conjoint, qui ne la soupçonnait même pas, peut être guérie grâce à un examen soigneux et à des prises de sang par le médecin. Il sera possible ensuite d'avoir des enfants sans danger ni mauvaise conséquence.

Le sixième et dernier point de la stratégie du secteur de l'hygiène est l'adoption de mesures efficaces pour découvrir et soigner les personnes qui, consciemment ou non, sont des agents d'infection, ainsi que l'adoption de mesures, étroitement reliées aux précédentes et d'une non moindre importance, contre les entremetteurs directement ou indirectement associés aux conditions sociales répugnantes qui aident les personnes fortement infectées à répandre la contamination. Nous voulons parler en particulier des maisons de prostitution et d'autres endroits où le vice est moins directement encouragé. Le docteur Clarke, directeur exécutif de l'*American Social Hygiene Association*, expose bien le but de ces mesures en demandant de renseigner les gens sur les problèmes de la prostitution: "Les gens doivent être convaincus de l'impossibilité de rendre sûre et hygiénique la prostitution; ils doivent savoir qu'elle répand des maladies; qu'elle corrompt les jeunes; qu'elle brise les familles; qu'elle démoralise les fonctionnaires publics; qu'elle offre un refuge au menu fretin des criminels; qu'elle s'accompagne constamment de l'ivrognerie et du vice des stupéfiants. En somme, si les citoyens sont convaincus qu'il n'y a rien de bon dans la prostitution, qu'elle est absolument à éviter, ils voudront sa répression, durant la guerre et après."

Pour résumer, voici les caractères saillants du plan de stratégie en six points du secteur de l'hygiène:

1. Education complète, et digne, du public sur la syphilis et la gonorrhée.
2. Facilités suffisantes de détection et de traitement de ces maladies pour toutes les personnes qui en sont atteintes.
3. Suppression de l'empirisme médical et de la chalatanerie dans le traitement des maladies vénériennes.
4. Traitements prénataux dès les premiers mois de la grossesse, y compris l'examen du sang, pour éviter la tragédie de l'infection des bébés innocents.
5. Examen médical complet, avec prise de sang pour la détection de la syphilis, subi volontairement avant le mariage.
6. Mesures efficaces contre les personnes et les conditions sociales aidant à répandre les maladies vénériennes.

Le problème des maladies vénériennes est actuellement reconnu sous son aspect véritable de très grave atteinte à la santé nationale; mais la meilleure manière de continuer sans cesse à lui accorder toute l'attention qui lui est due, c'est d'adopter des mesures classant ce problème comme partie intégrante d'un plan national d'assurance-maladie.

Nous espérons que les plans mûrement délibérés du temps de paix maintiendront et soutiendront les mesures, que les exigences de la guerre auront fait adopter, jusqu'au jour où le Canada, sa population et ses foyers verront la syphilis et la gonorrhée s'ajouter à la liste croissante des ennemis vaincus de leur santé et de leur bonheur.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule nº 16

SÉANCE DU MARDI 1er JUIN 1943

TÉMOINS:

M. J. W. Fulton, des *Christian Scientists of Canada;*
M. A. W. Eckman, des *Christian Scientists of Canada;*
M. Geo. B. Bagwell, du Bureau d'examen des Optométristes;
M. H. S. McClung, président de la *Canadian Association of Optometrists;*
M. J. H. Lionel Hébert, de la *Canadian Association of Optometrists;*
M. Edward Bind, secrétaire de la *Canadian Association of Optometrists;*
M. Frank Fisher, de l'*Ontario College of Optometrists.*

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 1er juin 1943.

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, Mme Casselman (*Edmonton-Est*) MM. Cleaver, Côté, Diefenbaker, Donnelly, Fulford, Gershaw, Gregory, Hatfield, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lalonde, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McCarry, Slaght et Warren.—24.

M. Roebuck, député, présente les délégués suivants des *Christian's Scientists of Canada*:

M. J. W. Fulton, chef du Comité des Publications;

M. A. W. Eckman, de Boston, Mass., chef du Comité des Publications en Amérique;

M. Harry Southam, Ottawa.

M. Fulton est appelé et présente un mémoire; il est ensuite interrogé puis se retire.

M. Eckman est appelé et interrogé puis se retire.

Sur permission du Comité, M. Hansell, député, interroge M. Eckman.

Le président remercie les témoins de leurs renseignements.

M. Roebuck, député, présente les représentants du Bureau d'Examen des Optométristes: M. Geo. B. Bagwell, le colonel Cooper et M. Frank Fisher.

M. Bagwell présente un mémoire; il est ensuite interrogé puis se retire.

M. H. S. McClung, président de la *Canadian Association of Optometrists* est appelé et présente un mémoire; il est interrogé puis se retire.

M. J.-H. Lionel Hébert, autre représentant de la *Canadian Association of Optometrists*, est appelé et présente un mémoire; il est ensuite interrogé et se retire.

M. Edward Bind, secrétaire de la *Canadian Association of Optometrists*, est appelé, interrogé et se retire.

M. Frank Fisher, de l'*Ontario College of Optometrists*, est appelé, interrogé et se retire.

Les délégués suivants étaient aussi présents:

M. W. J. Maxwell, secrétaire de la *New Brunswick Optometry Association*;

M. F. Nuttall, secrétaire-trésorier de l'*Alberta Optometry Association*;

M. D. A. McGuire, de la *Manitoba Association of Optometry*;

M. A. Mignot, vice-président de la *Canadian Optometry Association* et président du Collège des Optométristes; et

M. J. G. Fogo, représentant du Bureau des Examinateurs de la Nouvelle-Ecosse.

A 1 h. 25 de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le vendredi 4 juin, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,

J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

le 1er juin 1943.

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

Le PRÉSIDENT: La séance est ouverte.

M. ROEBUCK: Monsieur le président...

Le PRÉSIDENT: Nous entendrons ce matin un des représentants des *Christian Scientists*, M. J. W. Fulton.

M. ROEBUCK: C'est très bien. Je crois avoir au moins le droit de dire: "Monsieur le président".

Le PRÉSIDENT: Sûrement.

M. ROEBUCK: M. Fulton a un certain nombre d'exemplaires de son mémoire..

Le PRÉSIDENT: Le secrétaire va les distribuer.

M. ROEBUCK: Et j'aimerais qu'ils soient distribués.

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. ROEBUCK: Je voudrais faire remarquer au Comité que M. Fulton est le chef du Comité des publications et l'agent des relations publiques de son église; et que nous avons parmi nous M. Eckman, du Comité des publications de Boston, représentant de toutes les églises d'Amérique; M. Harry Southam, d'Ottawa, que nous connaissons tous, et M. Van der Voort, président du Comité des publications. Ils constituent la délégation, et M. Fulton parlera au nom des délégués. J'ai le plaisir de vous présenter M. Fulton.

M. J. W. FULTON est appelé.

M. ROEBUCK: Il y a une autre chose que je devrais dire, je crois, monsieur le président; les trois délégations qui sont ici—c'est-à-dire celle de la *Christian Science*, le Bureau de l'Optométrie et l'Association des Optométristes—se sont entendues pour diviser les deux heures disponibles. Le représentant de la *Christian Science* parlera une heure et vingt minutes, le Bureau de l'Optométrie vingt minutes, et l'Association des Optométristes emploiera les vingt-cinq minutes qui resteront. Personne ne dépassera son temps.

Le PRÉSIDENT: Nous allons donner la parole à M. Fulton.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, madame Casselman (si elle est présente)...

Le PRÉSIDENT: Elle n'y est pas encore.

Le TÉMOIN: ...et messieurs: Nous voulons tout d'abord exprimer notre gratitude envers l'honorable Ian Mackenzie et envers le Comité consultatif que préside le docteur Heagerty, pour leur manière démocratique d'envisager ce sujet important et pour nous avoir invités à exposer notre cause. Il est encourageant de constater que l'on s'efforce de comprendre les croyances des divers groupes intéressés. Cette attitude vaut mieux que de placer arbitrairement le pouvoir entre les mains d'un comité central, car les civils n'accueillent pas

favorablement une telle politique. Maintenant, avant d'examiner le bill, il me semble juste de vous donner, messieurs, au moins un court aperçu des enseignements de la *Christian Science*, pour que vous puissiez comprendre le rapport qui existe entre notre religion et la loi qu'on propose.

La *Christian Science* est une religion basée sur les enseignements du Christ Jésus et c'est aussi un système de guérison. Il est essentiel pour nous de nous rappeler que c'est la puissance de guérison exercée par le Christ Jésus dans la guérison des maladies et du péché qui donna la vitalité à son ministère auprès des foules. Si ses travaux n'avaient pas comporté des guérisons, son ministère n'aurait pas eu plus de pouvoir pour réveiller l'humanité que les rayons de la lune pour fondre la glace d'une rivière gelée. Il ne se réserve pas ce pouvoir; il le passa à ses disciples, qui à leur tour le transmirent, de sorte que les premiers Chrétiens étaient des guérisseurs. Ce point est corroboré non seulement par la bible, mais aussi par l'histoire des siècles. Gibbon, dans son livre sur l'Histoire de la décadence et de la chute de l'empire romain, parlant du travail de l'Eglise chrétienne, mentionne la guérison des maladies et dit, entre autres choses: A l'époque de l'empereur Auranius, vers la fin du deuxième siècle, la résurrection des morts n'était pas un fait bien rare. Malheureusement, le Moyen-Age survint et cette puissance de guérison s'affaiblit temporairement. Mais, Dieu merci, les églises chrétiennes du monde entier cherchent dans une certaine mesure à recouvrer quelque chose de cette puissance vitale. Il est intéressant de constater que plusieurs chefs de groupes religieux importants pratiquent la guérison par la prière, dans une large mesure. Luther guérit son collaborateur Mélanchthon par une prière lorsque ce dernier était sur le point de mourir. La biographie de John Wesley rapporte que plusieurs personnes furent sauvées par la prière. Et alors, nous pouvons apprécier toute contribution faite par une église dans le sens de la reprise de cette puissance vitale du ministère de notre Maître.

Les *Christian Scientists* se réjouissent lorsque quelqu'un a recours à la prière, que ce soit un ministre ou un prêtre au chevet d'un malade ou un médecin qui, dans l'intimité de son foyer ou de son bureau, s'adresse respectueusement à Dieu. Nous ne réclamons pas de monopole ni de droits exclusifs. Nous réclamons pour nous-mêmes et pour tout le monde le droit inviolable de guérir par la prière; c'est un droit inhérent à l'humanité.

Il y a quelques années, Steinmetz, ce génie de l'électricité, qui dirigeait les travaux de recherches pour la *General Electric Company*, à Schenectady, New-York, fit une déclaration qui porte directement sur ce point. Je vais la citer textuellement:

> Les plus grandes découvertes de l'autre moitié du siècle, dit-il, se feront dans le domaine spirituel. C'est là que se trouve cette force qui, d'après les enseignements évidents de l'histoire, a le plus contribué au développement de l'esprit humain; pourtant nous nous sommes contentés de muser avec cette force; nous ne l'avons pas étudiée comme nous avons étudié les forces matérielles.

Voilà un homme qui connaissait les puissances latentes de bien des choses; et cependant, lorsqu'on lui demande où se feraient les plus grandes découvertes, il mentionne les puissances spirituelles. Or il indiquait la bonne direction, mais nous admettons qu'il écartait ce que la Bible appelle la nourriture qui est bonne pour tout le monde; mais Steinmetz n'était pas un *Christian Scientist*, car alors il aurait peut-être pu reconnaître qu'on avait accompli des progrès considérables dans la compréhension et l'exercice de cette grande puissance vitale.

A titre de *Christian Scientists*, nous pouvons dire en toute justice, qu'il y a virtuellement peu de différence entre les Chrétiens sur la question de la prière.

Lorsqu'un homme s'adresse à la *Christian Science*, il commence tout de suite à apprendre le rapport étroit et intime qui existe entre Dieu et l'homme. Il commence à apprendre que Dieu est réellement son père; que la volonté du Père à l'égard de son fils bien-aimé est infiniment bonne. Alors, à mesure qu'il étudie la nature de Dieu il commence à comprendre que Dieu est vie, vérité et amour. Il commence à s'éveiller au fait que son Père, qui est l'amour divin, ne saurait avoir pour nous, logiquement et scientifiquement, que des dispositions aimantes et aimables; et que parce que Dieu est vie, il ne peut répandre sur son fils bien-aimé que des faveurs propres à lui donner la vie, la santé, la force et la liberté.

Et vous pouvez remarquer ici une différence dans la manière de procéder. Nous ne prions pas Dieu de faire quelque chose, nous ne lui demandons pas de changer son plan, car Dieu est le même hier, aujourd'hui et toujours; et parce qu'il est la vie et l'amour, sa puissance n'offre rien que de bon à sa créature. Au lieu de Lui demander de changer—et, soit dit en passant, nous ne nous croyons pas assez intelligents pour Lui dire de changer—nous changeons nous-mêmes. Nous essayons de mettre chaque pensée, chaque motif, chaque action, tellement en harmonie avec Dieu et son grand dessein et ses intentions à l'égard de l'homme, que les avantages et les bénédictions de ce divin amour, et la santé et le baume de la vie divine, trouvent leur expression dans notre expérience individuelle.

Les résultats individuels peuvent se prouver d'une manière irréfutable. Les corps sont plus parfaits, les visages plus heureux; et beaucoup de ces résultats ont été décrits, sur le papier. Un petit nombre de ces témoignages ont été publiés dans le *Christian Science Sentinel*, notre organe. Je ne mentionne que ceux du mois dernier, du mois de mai, en vous signalant que le plus grand soin est pris pour assurer l'exactitude des renseignements publiés; les témoignages doivent être accompagnés d'au moins une déclaration ou vérification par trois personnes au courant des faits, ou par une déclaration sous serment. Je ne mentionne donc que quelques-unes de ces guérisons. Il s'agit d'abord d'un bébé, l'un de deux jumeaux, affligé d'une difformité congénitale. Il avait dix mois quand trois médecins furent appelés en consultation. Ceux-ci déclarèrent que l'enfant marcherait toujours avec la tête et les épaules rejetées en arrière, et qu'une de ses jambes serait probablement plus courte que l'autre. Peu après cette consultation, un professeur de la *Christian Science* fut mandé—ceci dit avec tout le respect dû aux médecins; nous employons un système différent et obtenons peut-être des résultats différents. Nous nous occupons du spirituel, tandis que les médecins s'occupent du matériel, que nous respectons. Bref, à l'âge de seize mois l'enfant marchait normalement, et à trois ans, elle était parfaitement bien. Voici maintenant une femme souffrant de maux internes. Sept médecins et trois spécialistes déclarèrent une opération chirurgicale nécessaire pour la guérir. Or, elle fut guérie par la *Christian Science*. Voici encore la femme d'un clergyman, à qui l'on avait affirmé qu'une grossesse lui serait fatale. Elle fut complètement guérie par la *Christian Science* de son affection, qui comportait un goître, ainsi que la maladie d'Adam-son. Et encore un cas de péritonite, que les médecins déclaraient inguérissable sans opération chirurgicale. Trois jours après le début de l'enseignement de la *Christian Science*, les intestins ont recommencé à fonctionner, et l'état est redevenu normal. Je pourrais continuer. Je me bornerai à dire que, si nous blâmons le système des médicaments introduits dans l'organisme, nous professons le plus grand respect pour le désintéressement et la noblesse d'intention des médecins. Je désirerais que cette déclaration fût insérée au compte rendu. Notre désaccord sur le principe des médicaments n'empêche pas le respect que nous leur portons et que nous continuerons de leur porter.

Après ce préambule, j'aborderai directement notre mémoire. Vous m'excuserez de suivre étroitement mon manuscrit, car si nous nous attardons en route, nous n'arriverons pas à notre destination à l'heure annoncée par M. Roebuck.

C'est au nom de la liberté religieuse que nous prions votre honorable Comité d'exempter les *Christian Scientists* de la participation au projet de plan d'assurance-maladie, nationale et obligatoire.

Cette exmption n'entraverait en rien le fonctionnement du plan. Elle ne gênerait pas les practiciens, ni les citoyens qui désirent se prévaloir d'une aide médicale fournie par l'Etat. Elle ne relèverait pas les *Christian Scientists* de l'obligation d'obéir aux règles et règlements sanitaires—obligations qu'ils ont toujours scrupuleusement observée. En même temps, cette exemption fortifierait la reconnaissance de la liberté religieuse, l'un des principes sur lesquels notre gouvernement repose, et éviterait l'injustice de taxer certains citoyens pour une forme de traitement contraire à leurs principes religieux et, par conséquent, inacceptable pour eux.

Si vous faites droit à notre requête, vous suivrez un précédent établi par une de nos provinces, il y a quelques années. En fait, le texte du projet d'amendement que nous vous demandons d'insérer dans le bill est, dans l'ensemble, identique à celui que vous trouverez dans la première partie, clause 4, de la loi d'assurance-maladie adoptée par la Colombie-Britannique, en 1936.

Si vous nous accordez l'exemption demandée, vous suivrez la coutume ancienne, non seulement du Canada, mais de tous les autres membres du Commonwealth britannique, qui reconnaissent la liberté de religion, de parole et d'assemblée comme n'étant pas seulement un privilège accordé ou refusé par les gouvernements, mais comme un mode de vie si sincèrement et continuellement reconnu qu'il s'est identifié à un droit constitutionnel.

La *Christian Science* favorise toute législation qui améliorera les relations humaines d'une manière permanente. Nous ne nous bornons pas à ne pas combattre un programme canadien de sécurité sociale; nous approuvons ses buts, dans les grandes lignes. Nous connaissons les besoins de l'homme, et savons qu'il faut de nombreux efforts pour assurer la sécurité. Peut-être certaines tentatives, si désirables qu'elles apparaissent, seront-elles trop coûteuses, et anti-économiques. Mais notre Eglise ne s'occupe pas des économies contestables; elle s'occupe de principes religieux incontestables.

Nous portons un intérêt sympathique au problème, et c'est pourquoi nous désirons non seulement ne pas vous gêner, mais vous aider dans la poursuite de votre but, qui est l'émancipation finale de l'humanité à l'égard de la crainte et du besoin, pour citer les mots employés dans la Charte de l'Atlantique. Nous irons plus loin, en anticipant le jour où tous les individus pourront réaliser leur liberté complète et leur sécurité inviolable comme fils de Dieu.

Pour réussir, un programme durable de sécurité sociale ne doit pas seulement s'abstenir de ce qui est évidemment injuste; il doit s'assurer que ce qui est entièrement juste est autorisé et praticable.

Si la *Christian Science*, depuis plus de cinquante ans qu'elle existe au Canada, n'est pas devenue l'une des religions les plus importantes, elle n'est pas non plus parmi les plus faibles. Il existe soixante-seize sections de l'Eglise-mère, The First Chuch of Christ, de Boston, Massachusetts, réparties au Canada.

J'ajoute qu'il existe quelque 2,700 églises de la *Christian Science* dans le monde, et plus de 10,000 praticiens de la *Christian Science*, qui consacrent tout leur temps à la guérison des malades, sans intérêt commercial ou autre.

Outre ces milliers de membres, la *Christian Science* compte un nombre beaucoup plus considérable d'adeptes et d'amis, de sorte qu'on peut dire que ceux qui partagent nos idées religieuses dans une certaine mesure sont peut-être la majorité des chrétiens du Canada. L'idée essentielle est que Dieu n'est pas seulement capable de soigner les siens, mais qu'Il y est disposé. En allant plus loin que les autres religions, et en demandant pour tous les hommes le droit de se prévaloir du

pouvoir divin de guérir les maladies et de se sauver du péché, les *Christian Scientists* ne méprisent pas les autres religions, et ne donnent pas aux autres le droit de les considérer comme des gens singuliers.

PROJET DE LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE

Il serait superflu de m'étendre en détail sur la masse des témoignages reçus par ce Comité sur la question de la sécurité sociale. L'essentiel de la question soumise au Comité se trouve dans l'avant-projet de loi qui vous a été soumis par des fonctionnaires du ministère des Pensions et de la Santé nationale, avec ce sous-titre:

> Loi concernant l'assurance-maladie, l'hygiène, la conservation de la santé, la prophylaxie et d'autres matières connexes.

C'est une proposition officielle, très complète, et dont l'adoption par le Parlement serait d'une grande importance nationale. Nous bornerons nos remarques, dans l'ensemble, aux aspects du projet qui restreignent la liberté religieuse et répugnent aux fidèles de la *Christian Science*.

Nous ne blâmons pas le bill en entier. Les *Christian Scientists*, individuellement et en corps, appuient volontiers toutes les mesures d'ordre sanitaire édictées pour la protection de la population, et nous observons soigneusement les lois relatives aux maladies contagieuses. Mais nous ne favorisons pas les mesures qui encouragent le public à compter sur des remèdes matériels, plutôt que sur la protection divine, et nous nous opposons formellement aux inoculations et vaccinations qui violent la liberté personnelle, bien que nous ne les refusions pas à ceux qui les désirent réellement.

Il existe certains services que les membres de notre Eglise rendent utiles, et dont le coût pourrait peut-être se payer d'avance, par versements périodiques; mais le plan d'assurance soumis au Comité comporte tant de soins matériels, tant d'empiétements sur la liberté personnelle et religieuse, il est dans l'ensemble si contraire à la pratique de notre religion, qu'il vaudra beaucoup mieux, et pour nous et pour la simplicité de fonctionnement du plan, que vous nous permettiez de rester comme nous sommes. Les *Christian Scientists* peuvent utiliser des services dentaires, des services d'obstétrique et autres services analogues, voire, à l'occasion, recourir aux médecins et aux hôpitaux, mais ils préfèrent en payer le coût quand il se présente, et ils n'acceptent pas, pour eux-mêmes, le principe des contributions obligatoires à un fonds d'assurance destiné à cette fin.

Nous n'avons aucune intention de détruire l'ensemble du plan, mais il présente des aspects très blâmables et qui ne sont pas nécessaires ou essentiels à la réalisation de son but principal. Nous nous opposons au projet tel qu'il est actuellement conçu.

D'abord comme citoyens, car il nous apparaît que le bill entraînera des empiétements fâcheux sur la liberté individuelle.

Deuxièmement, parce que le bill tend à créer un monopole de l'art de soigner.

Troisièmement, comme *Christian Scientists*, parce que le bill nous obligerait à participer à un système contraire à la religion que nous professons.

Nous avons interprété le bill à l'aide du résumé officiel qui figure à la page 3 du volume intitulé:

> Assurance-maladie, rapport du Comité consultatif de l'assurance-maladie nommé par l'arrêté en conseil C.P. 836 du 5 février 1942.

LE PROJET DE LOI EST CONTRIBUTOIRE ET OBLIGATOIRE

Nous voyons d'après ce sommaire que le projet d'assurance-maladie sera contributoire et obligatoire et, sous réserve du consentement des provinces où chacun réside, comprendra tous les habitants du Canada. Il est contributoire

dans la mesure où tous ceux qui peuvent payer, soit comme employés, soit comme propriétaires, seront obligés de payer, et obligatoire en ce sens qu'il ne laisse aucune échappatoire à ceux qui ne désirent pas bénéficier de ses prétendus avantages, ou qui pour toute autre raison ne désirent pas faire partie du plan. Je cite une partie du paragraphe 7 du sommaire:

> Enregistrement.—Dès que l'assurance-maladie sera adoptée dans une province, tous les habitants seront enregistrés et classifiés et recevront instruction de choisir un médecin sur la liste établie après consultation entre la Commission provinciale d'assurance-santé et le corps médical autorisé.

Permettez-moi de m'arrêter un instant, monsieur le président, pour vous faire remarquer ce qui est assez bien connu au Canada, que les membres et adhérents de la *Christian Science* au Canada n'éprouvent pas le besoin des services généraux d'un médecin et qu'ils s'opposeront énergiquement à recevoir "l'ordre" d'en choisir un, même si son nom est porté sur n'importe quelle liste. Le sommaire dit que tous les résidents seront "enregistrés et classifiés". Les membres et adhérents des églises de la *Christian Science* n'ont aucun désir d'être ainsi enrégimentés dans ce but.

Je vous lis les quelques dernières lignes du paragraphe 8 du sommaire:

> Ainsi le médecin sera responsable de la santé de chaque membre de la famille et sera chargé des mesures d'hygiène publique destinées à réduire la morbidité et la mortalité. Il servira de conseiller, mentor, et surveillant en ce qui concerne la santé de toute la famille comme unité.

Dans le passé, la famille a été considérée comme l'unité fondamentale de la société civilisée, et toutes les attaques contre son intégralité ont été vigoureusement repoussées. Apparemment, nous devons maintenant abandonner cette idée et les membres de la famille vont devenir membres d'une compagnie de santé semi-militaire, dont le médecin sera le sergent-major. Les conseils et les avis qu'il nous a si généreusement donnés jusqu'ici, et que nous étions libres d'accepter ou de refuser, seront maintenant revêtus de la majesté de la loi. Le mot "surveillant" possède une signification singulière. Il fait songer au contremaître, au tyran, et même à la férule du maître d'école, ou faudrait-il employer un terme un peu plus fort que "maître d'école"? Si je puis ajouter un mot à ce sujet, j'ai remarqué en passant dans le compte rendu du Comité à la page 58, ces deux phrases qui paraissent dans le témoignage ou les remarques du docteur Heagerty:

> Dans beaucoup de pays, on ne donne que le médecin et les médicaments. Ce n'est pas suffisant. L'individu doit avoir un médecin; il doit avoir son praticien...

Je ne sais pas comment nous allons définir ce mot "doit". Il ne laisse guère de choix.

> L'individu doit avoir un médecin; il doit avoir son praticien.

Dans la phrase suivante se trouve le nœud du sujet:

> L'individu doit avoir un médecin. Il doit avoir son praticien, se placer et placer ses enfants entre les mains de ce praticien, et celui-ci doit pouvoir appeler en consultation un confrère, un spécialiste, un chirurgien, et envoyer le malade à l'hôpital, où il recevra tous les soins nécessaires.

Je ne veux pas être injuste. Je pourrais interpréter le mot "doit" comme il faut l'interpréter. Peut-être notre excellent ami le docteur Heagerty—j'ose croire que le docteur Heagerty n'aura pas d'objection à ce que je l'appelle "excellent ami"—est d'avis que le gouvernement doit dispenser les services; mais le bill n'est pas

clair sur ce point. J'ai parcouru tout le compte rendu pour voir si une voix dans le Comité s'était élevée contre le mot "doit", qui est très fort et revient plusieurs fois, et j'ai constaté qu'il ne s'en est pas élevé une seule. Je continue.

Franchement, messieurs, nous prisons peu l'idée d'être enrégimentés par l'Etat, puis interrogés par un médecin sur des questions d'un ordre aussi personnel que celui de la santé de notre famille.

Me sera-t-il permis de me reporter maintenant au bill même, et d'attirer votre attention sur l'article 28, paragraphe (2), que voici:

> (2) Les règlements et ententes susdits doivent stipuler que les médecins qui ont ainsi souscrit à l'entente fourniront aux assurés, sous réserve des dispositions de la présente loi, tous les moyens appropriés pour la prévention des maladies, 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
>
> (*e*) La répartion 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 assurés qui, après un avis régulier, ont négligé de faire un choix ou qui ont été refusés par le médecin qu'ils ont choisi.

On a évidemment voulu dire que tous les "assurés" recevront des médecins les traitements préventifs et les soins médicaux prescrits par les médecins, et cela indépendamment de la volonté des malades et des objections qu'ils pourraient élever contre l'avantage qui doit résulter pour eux du traitement. N'avons-nous pas encore appris combien il est facile et peu recommandable d'imposer à d'autres ce qui peut nous paraître avantageux à nous-mêmes, mais qui n'a pas leur approbation? L'alinéa (*e*) de l'article 28 nous présente sous un mauvais jour ceux qui auraient charge d'appliquer le fameux système médical et de répartir entre les praticiens les objecteurs de conscience qui, après avoir reçu l'avis voulu, auraient négligé de se choisir un directeur médical.

Pourquoi ces assurés seraient-ils répartis entre les médecins dont une liste a été dressée? La loi ne dit pas clairement de quel droit le médecin ferait ensuite exécuter ses prescriptions ou mettrait à effet ses directives, mais il faut observer que l'article 56 accorde à la Commission le pouvoir d'adopter des règlements qui auront la force de loi, et de faire appliquer les dispositions de la loi et des règlements par la double sanction d'une amende et de l'emprisonnement.

Le sommaire déclare que le médecin sera rendu responsable de la santé de tous les membres d'une même famille, et la responsabilité comporte l'autorité. Il serait peu équitable de le tenir responsable de circonstances sur lesquelles il n'a exercé aucun pouvoir. Le sommaire déclare en outre que le médecin sera tenu responsable des mesures prises pour réduire la morbidité et la mortalité. Cette tâche implique qu'il pourra user de son autorité pour effectuer des inoculations, des vaccins, et peut-être certaines opérations chirurgicales comme l'ablation des amygdales. Si les personnes qui ont élaborer ce projet de loi visent à donner au praticien médical le droit d'imposer son intervention aux particuliers dans leurs problèmes de santé, et de mener à sa guise les affaires des familles, aventurent leur barque législative sur une mer de difficultés dont les médecins, en dernier ressort, seront les principaux à souffrir. Le médecin de famille, dans notre pays et à notre époque de liberté, s'est acquis une enviable réputation qu'il ne serait pas sage de risquer en proposant un système de médecine autoritaire.

Nous en arrivons maintenant à notre second point.

REMÈDES MATÉRIELS EXCLUSIVEMENT

Ce bill est de nature à créer un monopole. Permettez-moi de vous référer au paragraphe 9 du sommaire, sous le titre "Prestations", qui se lit comme suit:

> Prestations.—Les prestations comprennent la prévention de la maladie et l'application de tous les procédés et traitements diagnostiques et curatifs, y compris des prestations de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, d'art dentaire, de pharmacie, d'hospitalisation et de soins d'infirmerie et les autres services auxiliaires qui pourront être jugés nécessaires.

Vous remarquerez que cette phrase ne dit rien des arts curatifs étrangers à la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, aux soins dentaires et aux soins d'infirmerie. On y néglige entièrement d'encourager les guérisons par diverses autres méthodes thérapeutiques organisées, ainsi que les guérisons par des moyens spirituels. Les prestations médicales sont définies au dixième paragraphe et aux paragraphes suivants comme étant exclusivement ce que nous appelons des remèdes matériels.

Les articles 27 et 28 du projet de loi font voir clairement que seule la médecine orthodoxe aura un rôle à jouer dans les prestations projetées. On ne parle que des "procédés techniques et services auxiliaires susceptibles d'être prescrits" et qui sont "conformes aux règlements", et que les "assurés" pourront recevoir. Il est improbable que les praticiens médicaux prescrivent des procédés différents de ceux de leur profession ou des professions connexes, et il serait plaisant de les voir prescrire des cures spirituelles. D'ailleurs, les méthodes prescrites doivent être conformes aux règlements.

La loi définit les "médecins" et les "conseillers médicaux" qui fournissent exclusivement les services désignés sous le nom de prestations comme

> Les praticiens de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique qui sont régulièrement qualifiés, dûment autorisés et reconnus dans la province.

La loi établit un monopole des médecins de l'organisation orthodoxe.

Ce projet de loi est injuste en ce qu'il accorde des privilèges, pour les guérisons, à un culte à l'exclusion de tous les autres.

Qu'on me permette d'ajouter en passant que l'idée de faire supporter financièrement par tous les Canadiens une seule méthode de guérir, et de les faire adhérer tous à ses enseignements et à ses pratiques, nous répugne autant que d'obliger, par exemple, toute la population, même protestante ou juive, à supporter financièrement l'Eglise catholique romaine et à en accepter les enseignements et le culte; ou encore, inversement, d'obliger tous les Canadiens, y compris les catholiques, à supporter financièrement l'un des groupes protestants et à en accepter les enseignements et les pratiques. L'idée de l'établissement par le gouvernement canadien d'une médecine d'Etat à laquelle tous seront obligés d'obéir servilement, tandis que les autres systèmes seraient interdits, répugne autant au Canada que le fait d'ériger au rang officiel une religion unique et d'obliger toute la population d'y obéir servilement, à l'exclusion de toute autre.

Venons-en maintenant à notre troisième point.

PROJET SUJET À CRITIQUE AU POINT DE VUE RELIGION

Mais c'est au point de vue religieux que nous formulons notre principale objection. La *Christian Science* est une religion, mais elle est aussi un système de guérison. Elle consiste en une soumission entière aux commandements du Maître donné à ses disciples de guérir les malades et de consoler les affligés. La guérison des malades est une partie intégrale et élément essentiel de la *Christian Science*. Nous interprétons les commandements du Maître comme voulant dire que pour la guérison des malades, nous devons faire usage des méthodes qu'il

a lui-même employées, et Mary Baker Eddy, découvreuse et fondatrice de la *Christian Science* dit bien clairement dans le manuel de cette secte, "Science and Health with Key to the Scriptures", que la méthode spirituelle comporte une entière confiance dans le secours divin. Une pieuse étude nous a démontré qu'elle avait raison et une longue expérience a prouvé l'efficacité de ses enseignements. La *Christian Science* guérit les malades tout comme elle élève le moral de ceux qui sont en santé. Des milliers de gens reconnaissants peuvent en témoigner.

Je pourrais peut-être me faire mieux comprendre de quelques-uns des membres du Comité en disant que la *Christion Science* fait disparaître les troubles mentaux et émotifs qui accompagnent la maladie. Elle harmonise la pensée du patient avec l'esprit vivifiant de ce passage des Ecritures: "Venez à moi, vous tous qui peinez et travaillez, et je vous soulagerai." (Mathieu 11:28.)

Nous prétendons que la méthode de guérison de la *Christian Science* est scientifique, qu'elle est logiquement compréhensible et démontrable.

La confiance dans les méthodes humaines de guérison est incompatible avec la confiance basée sur le secours divin. Il n'est pas possible d'avoir confiance en les deux, à la fois. On ne peut pas servir à la fois Dieu et Mammon.

Considérons maintenant le but envisagé par cette loi. On se propose de percevoir de chacun ou pour le compte de chacun au Canada, y compris les *Christian Scientists,* une assez forte somme annuelle pour la dispensation des services médicaux. On se propose également de persuader tous les gens par les arguments les plus convaincants de s'en rapporter, pour la guérison des maladies, aux moyens *matériels* qu'en vertu de cette loi ils sont requis de se procurer. Si ce projet est adopté, il annihilera la *Christian Science.* Il en sera de même pour les autres systèmes de guérison ne bénéficiant pas directement des dispositions de cette loi, et nous verrons s'établir au Canada un monopole allopathique tout aussi rigide que le présent régime sanitaire d'Allemagne.

LIBERTÉ DANS LE PASSÉ

Le projet de loi est évidemment destiné à aider la profession médicale orthodoxe, mais il est douteux qu'elle en bénéficie en fin de compte. Nous ne pouvons concevoir que les membres de ce Comité aient en vue de rendre un aussi mauvais service aux autres systèmes matériels de guérison et nous nous refusons de vous prêter l'intention de rendre difficile, sinon impossible, la pratique d'une religion de guérison par les moyens spirituels. Ce n'est pas ce que nous avons constaté quant au présent gouvernement ou à tout autre gouvernement du Canada, —et notre expérience est vaste.

En vertu du droit commun, la *Christian Science* est légale dans toutes les provinces du Canada, et sept provinces sur neuf l'ont reconnue spécifiquement dans une législation favorable.

En 1923, la province d'Ontario adoptait une loi définissant la pratique de la médecine, et accordant le droit exclusif de cette pratique à ceux qui étaient dûment inscrits dans les registres du Conseil médical. Un comité de la législature a entendu des témoignages sur l'efficacité de la *Christian Science* et lorsque la loi fut adoptée elle comportait un article soustrayant la pratique de ce culte aux dispositions prohibitives de la loi.

Lors de la session suivante, la loi définissant la pratique de la médecine fut abrogée et remplacée par la loi dite *Drugless Practitioners Act.* L'exemption dont jouissait la *Christian Science* fut insérée dans la loi nouvelle où elle figure encore aujourd'hui; sa mise en vigueur ne soulève aucune critique et paraît donner satisfaction à tout le monde.

Six autres provinces ont accordé des exemptions et une protection à peu près semblables dans des circonstances plus ou moins analogues.

Et pourquoi pas? Seuls les praticiens de l'Eglise de la *Christian Science* sont compétents à donner les conseils, les avis et les traitements particuliers à cette religion. Les *Christian Scientists* ont besoin des enseignements et des traitements de leur culte, comme bien d'autres qui ne sont pas encore membres ni même adhérents de cette Eglise. Ce que nous demandons, c'est la liberté de culte; nous la refuser, comme ce bill nous la refuse, constituerait une tyrannie religieuse.

Il y a deux ans, Hitler interdisait la pratique de la *Christian Science* en Allemagne. Il ne l'aimait pas. Il détruisit sa littérature et confisqua ses biens ecclésiastiques. Ce bill ne brûlera pas les lèvres ni ne dépouillera les églises, mais l'effet sur l'enseignement organisé de la religion ne sera pas beaucoup différent, bien que moins soudain.

Nous croyons que si la vérité était réduite à néant, elle renaîtrait, mais nous ne craignons pas que le Parlement consente à adopter une loi ayant cet effet.

Notre but actuel est de protéger notre religion et notre droit de pratiquer et de compter sur la pratique de la *Christian Science* pour la guérison des maux de l'humanité. Dans les circonstances, la question se pose de savoir quel est le meilleur moyen d'y parvenir. Il peut y avoir deux modes. Nous pourrions demander que les services des praticiens de la *Christian Science* soient disponibles comme prestations en vertu de la loi, sur un pied d'égalité avec ceux des médecins et à leur place.

Il n'y a pas lieu d'en être surpris. Dans l'Etat de la Californie, sous l'empire de la Loi des accidents du travail, etc., le praticien de la C.S. est accepté au lieu du médecin. On lui permet de pratiquer sa méthode de guérison dans les hôpitaux, de donner des instructions aux infirmières concernant le malade, et ses services sont rémunérés par l'Etat. Comme j'ai employé les mots "soins d'infirmières et hospitalisation", qui pourraient vous causer un certain étonnement, je pourrais ajouter que dans l'Etat de la Californie, nous avons notre propre hôpital, édifice très spacieux, où les infirmières apprennent à administrer les soins aux malades suivant notre religion. On est parvenu à ce point, toutefois, par un certain nombre d'étapes. Pour nous, vouloir faire ce grand saut en un seul coup, c'est peut-être plus que nous ne pouvons espérer. Je continue:

Les complications résultant de cette procédure sont telles qu'après sérieuse considération nous avons décidé de nous abstenir de ce mode. Comme nous envisageons le bill, nous sommes d'avis qu'il serait inopportun d'inclure la *Christian Science* parmi les dispensateurs des prestations, bien que ces dernières soient accordées directement aux bénéficiaires et que ceux-ci soient autorisés à demander les traitements de praticiens et les soins d'infirmières de la *Christian Science*. Celle-ci a grandi dans l'opinion et la faveur du public lorsqu'elle était pratiquée librement, et nous tenons à éviter les limitations, les complications et les règlements d'un système médical organisé, ainsi qu'une liaison trop étroite avec les systèmes matériels de guérison.

EXEMPTION DES CHRISTIAN SCIENTISTS

L'autre mode, et le seul qui reste, consiste à demander que les membres et les adhérents de la *Christian Science* aient le privilège de réclamer pour eux-mêmes individuellement une exemption complète des dispositions de la loi quant aux contributions et aux prestations. Cette exemption les laisserait libres de demander et de payer le genre de traitement qui leur va lorsque le besoin s'en ferait sentir.

La Colombie-Britannique a déjà accordé une telle exemption aux *Christian Scientists* dans sa loi d'assurance-maladie, qui fut adoptée en 1936 mais qui n'a pas été mise en vigueur. La clause d'exemption de cette loi se lit comme il suit:

4 (3) Lorsqu'un employé visé par le présent article demandera une exemption de la manière prescrite par les règlements et établira, à la satisfaction de la Commission, qu'il est adhérent ou membre en règle de l'Eglise de la *Christian Science*, la Commission lui accordera un certificat d'exemption des dispositions de la présente loi; mais, sous réserve des règlements, ce certificat pourra être annulé à la requête de l'employé ou lorsque l'employé cessera d'être adhérent ou membre de cette Eglise.

Si cette clause était insérée dans le bill, il faudrait remplacer le mot "employé" par "assuré" et étendre l'exemption de manière à comprendre, outre l'assuré, sa famille ou les personnes à sa charge.

D'après les règlements d'application de la loi de la Colombie-Britannique, les demandes d'exemptions des membres de l'Eglise doivent être visées par le secrétaire de l'Eglise dont le requérant est membre, et les demandes d'exemptions des adhérents doivent être visées par un praticien dûment enregistré, et les unes et les autres doivent porter l'approbation du Comité provincial des publications, qui est le comité des relations extérieures de l'Eglise.

Pour résumer, nous avons signalé:

(1) l'efficacité de la médecine spirituelle et son importance pour la religion de la *Christian Science* et pour les *Christian Scientists;*

(2) la menace que ce bill contient à l'égard de la religion de la *Christian Science* et de ses pratiques curatives;

(3) l'opportunité de permettre aux membres et aux adhérents de l'Eglise de la *Christian Science* de demander l'exemption des dispositions de la loi projetée; et

(4) nous vous avons soumis un projet d'amendement, qui a été promulgué ailleurs, et dont l'adoption serait considérée par nous comme satisfaisante. Un tel amendement ne gênerait guère le fonctionnement général de la loi, si le Parlement du Canada juge bon de la promulguer.

Notre requête pour la sauvegarde de la liberté religieuse paraît donc amplement justifiée. Nous sommes sûrs que cette grande question vous tient à cœur, comme à nous-mêmes; elle tient à cœur à tout chrétien, anglican, catholique, membre de l'Eglise-Unie ou *Christian Scientist.*

Permettez-moi de terminer par une citation du premier ministre Churchill. Dans le tourbillon de la guerre, où toutes les forces matérielles sont déchaînées, ce grand homme a trouvé le temps de penser à l'avenir. Et, pensant à l'avenir, il a dit (mars 1943): "La religion a été, dans la vie et dans la nature du peuple britannique, le roc, objet de sa sollicitude et base de son espérance."

A cela j'ajouterai une déclaration faite par lord Halifax, samedi dernier, à l'Université Laval de Québec: "Le Chrétien ne saurait accepter la philosophie nazie, où l'Etat est tout, et l'individu, rien. La réalisation générale de cette dangereuse philosophie nous entraîne à souhaiter l'inclusion de la religion dans les programmes d'instruction. Une fois convenablement instruit, la tâche de l'étudiant chrétien est de chercher constamment à façonner le royaume de ce monde de plus en plus à la ressemblance du royaume de Dieu." Mais j'insiste surtout sur les dernières remarques de lord Halifax: "Le réel besoin de l'homme, actuellement, est de savoir comment ouvrir son cœur à Dieu dans la prière." Je ne pourrais rien trouver de plus approprié, pour terminer.

Je continue la lecture de mon mémoire.

La religion doit être libre. Encore une fois, nous vous demandons respectueusement de nous exempter du plan d'assurance-maladie national et obligatoire.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Fulton. Messieurs, M. Fulton se fera un plaisir de répondre à vos questions.

M. SLAGHT: Je me demande si M. Fulton pourrait nous dire pourquoi il vient de dire il y a quelques instants, en parlant de la liberté de religion: "Nous sommes sûrs que cette grande question vous tient à cœur comme à nous-mêmes; elle tient à cœur à tout chrétien, anglican, catholique, membre de l'Eglise-Unie ou *Christian Scientists*", sans mentionner les Baptistes.

Le TÉMOIN: Je serai très heureux d'ajouter les Baptistes et de souligner le mot.

Le PRÉSIDENT: Il se trouve que le président est presbytérien, monsieur Slaght.

Le TÉMOIN: Je regrette d'avoir oublié quelques-uns de vous, mes bons amis.

M. KINLEY: Monsieur le président, est-ce que le témoin qui a présenté l'exposé a des statistiques démontrant que les *Christian Scientists* vivent aussi longtemps ou plus longtemps que les autres personnes?

Le TÉMOIN: Ma foi, c'est un peu difficile, mais je peux vous renseigner d'après ma propre expérience; vous savez que ce qui nous tient au cœur nous touche de près. Ma mère devait mourir d'une maladie de cœur à cinquante-six ans; elle a vécu jusqu'à soixante-seize. Peut-être ne jouirons-nous pas de cette longévité dans une seule vie. Je crois que le point à considérer est celui-ci: la vie des *Christian Scientists* est-elle prolongée par ces doctrines? Il y a des gens qui disent que nous faisons du prosélytisme ou que nous recrutons nos adeptes parmi les autres religions. Ce n'est pas exact; nous enlevons des gens à la tombe et cela ne doit pas vous inquiéter. Notre espoir sous ce rapport, et ce que les *Christian Scientists* cherchent à accomplir—et à titre de praticien je parle d'après mon expérience—une grande partie de nos efforts consiste à prendre soin des gens à qui nulle intervention humaine ne peut venir en aide et cela prolonge leur vie, mais je n'ai pas de statistiques à cet égard.

M. FULFORD: Monsieur le président, je voudrais signaler la phrase suivante à la page 1: "Mais notre Eglise ne s'occupe pas des économies contestables; elle s'occupe de principes religieux incontestables." Par conséquent il ne semble pas que nous puissions arriver à grand'chose dans une discussion ici. Mais je voudrais tout de même poser une question à M. Fulton.

M. Fulford:

D. Que font les *Christian Scientists* dans les autres pays où l'assurance-maladie est établie par une loi?—R. Ma foi, je dois faire remarquer que la présente loi est beaucoup plus générale et plus complète que les autres. Par exemple, elle prévoit les soins médicaux à dispenser à toute la famille. Dans la plupart des autres pays, quand les gens sont malades ils reçoivent simplement des prestations. Mais ici la loi prévoit tout et embrasse tout, et c'est cela qui nous cause tant d'inquiétude. Je crois que M. Eckman, qui est un de nos associés, se fera un plaisir de développer ce point.

M. McGarry:

D. Puis-je poser une question à M. Fulton? Pour revenir aux lois que vous mentionnez comme guérisseurs, est-ce que vos gens suivent des cours de médecine, de médecine matérielle?—R. Non; à l'instar de Jésus, ils ne basent pas leur traitement sur le diagnostic de la maladie. Je ne me souviens pas d'avoir lu dans les Ecritures que Jésus ait appelé un médecin pour faire un diagnostic. L'homme qui était né aveugle et celui qui avait une main desséchée, et ainsi de suite, furent guéris par la prière. C'est là l'avantage de ce système, parce que la prière n'est pas limitée à une loi chimique. Si vous devinez exactement la cause de la maladie et vous administrez le bon remède, nous espérons que vous obtiendrez de bons résultats; mais vous êtes limités par le bon diagnostic. La prière est sans limite, et comme dit la Bible, le verbe de Dieu est puissant et rapide; il perce les os jusqu'à la moelle, de sorte qu'il guérit à la fois les maux visibles et invisibles, et par conséquent il n'est pas basé sur le diagnostic.

M. ECKMAN: Monsieur le président et messieurs, je ne puis guère ajouter grand'chose à l'excellent exposé de M. Fulton, mais je vais essayer de répondre à la question de M. Fulton sur les usages dans les autres pays. J'ajouterai à titre de renseignement que je suis directeur des comités de publication à travers le monde. M. Fulton a siégé dans notre comité pendant de nombreuses années en Ontario. M. Van der Voort représente maintenant le comité en Ontario. La méthode pratiquée par les *Christian Scientists* dans différents pays est celle-ci: en Grande-Bretagne nous avons un grand nombre d'églises, environ 150—je ne peux pas vous dire le chiffre exact. Les autorités du pays reconnaissent toutes la *Christian Science* par le fait qu'elles reconnaissent les cliniques consacrées à la pratique des *Christian Scientists*. Nous avons un grand nombre de praticiens *Christian Scientists* qui s'occupent à la fois de guérir les malades et de sauver les pécheurs conformément à nos doctrines, et ils le font avec grand succès sans empêchements ou objections de la part des autorités.

La plus grande expansion de la *Christian Science* a eu lieu aux Etats-Unis, et c'est probablement dans l'état de la Californie, où j'habite, qu'elle a fait le plus de progrès aux Etats-Unis. J'habite Los Angeles et je séjourne temporairement à Boston. En Californie les progrès ont été très sensibles. On y compte environ 300 églises. D'après notre manuel et d'après l'édit des Ecritures, qui est la base fondamentale, nous ne recensons pas nos adeptes, de sorte que nous ne sommes pas en mesure de fournir le genre de statistiques que les organismes humains et commerciaux sont généralement habitués à fournir et qu'ils recueillent. Mais je peux dire qu'en Californie l'assurance sociale et l'assurance-maladie ont été offertes à plusieurs occasions et que c'est par suite du fait que nos bons amis les docteurs ont refusé d'inclure la clause d'exemption dans la loi que les projets de loi ont été uniformément rejetés en Californie. Je ne dis pas cela pour vous menacer, mais simplement pour vous faire comprendre que grâce aux progrès de la *Christian Science,* où on lui permet de se répandre, il y a des citoyens intelligents qui votent contre le gouvernement et qui protègent le droit de liberté personnelle ainsi que le droit de guérir sur lequel le *Christian Scientist* compte absolument. Parlant du droit de guérir, permettez-moi d'ajouter que c'est seulement le signe, comme dit Moïse, prouvant son autorité absolue; et nous estimons que si quelque chose s'y opposait ou venait le détruire, cela n'enfreindrait pas seulement nos droits civils mais mettrait fin à nos pratiques religieuses.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Kinley, avez-vous quelque chose à dire?

M. KINLEY: Monsieur le président, je me lève pour dire au Comité que j'ai reçu un grand nombre de télégrammes de la Nouvelle-Ecosse, de la part de gens qui sont inquiets de ce qu'ils considèrent comme une tentative de restreindre leur liberté religieuse. Je ne les lirai pas mais je vous donnerai les noms des signataires. En voici un de Mlle Alice M. Hatfield, Yarmouth, Nouvelle-Ecosse; un autre de John W. Farr, North Sydney, N.-E.; un autre de T. E. Powers, comité des publications de la Nouvelle-Ecosse, Halifax, N.-E.; un autre de Wallace Nauss, Lunenburg, N.-E.; et un autre du lieutenant-colonel Spencer Ball, premier lecteur, et de George W. Stairs, secrétaire, Halifax, N.-E. Je mentionne seulement que j'accuse réception de ces télégrammes; ils sont envoyés par des gens respectables que je connais en Nouvelle-Ecosse, et je m'intéresse à leur travail.

Le PRÉSIDENT: Docteur McCann?

Le Dr MCCANN: Monsieur le président, j'ai écouté très attentivement l'exposé qu'on vient de nous soumettre, et je tiens à dire au préalable que j'ai les plus grands égards et le plus profond respect pour les croyances religieuses de tout le monde dans tous les pays. Je ne voudrais en aucune façon refuser à personne le privilège d'exercer ce droit n'importe où et n'importe quand.

A la page 2 de l'exposé je trouve ce qui suit: "Nous bornerons nos remarques, dans l'ensemble, aux aspects du projet qui restreignent la liberté religieuse..."

Il n'y a rien dans ce projet de loi qui se rapporte aux croyances religieuses ou aux pratiques religieuses d'une secte quelconque. Le projet de loi, d'après ma façon de le comprendre, a en vue la santé matérielle du peuple et non pas sa santé spirituelle. Le témoin admettra, j'en suis certain, que les adeptes de toutes les religions bénéficient de certaines mesures, qu'ils en bénéficieront ou qu'ils ont bénéficié des mesures qui sont en vigueur; ce sont des mesures relatives à la prophylaxie. Une grande partie de ce projet de loi, comme on l'a vu, se rapporte à des mesures prophylactiques. Et le témoin reconnaîtra, ce me semble, que les membres de la *Christian Science*, s'ils ont des enfants à l'école, jouiront d'une certaine protection qui sera administrée par les autorités sanitaires. Par exemple, même la purification de l'eau potable, l'enlèvement des déchets, le nettoyage des rues, tout cela fait partie des mesures hygiéniques de prophylaxie. Le *Christian Scientist*, comme les membres de toutes les autres sectes religieuses d'aujourd'hui, bénéficie de ces commodités qui lui sont offertes et des avantages additionnels qui seront mis à sa disposition si l'assurance-maladie est adoptée. Et maintenant, je lui demande: ne pense-t-il pas que la *Christian Science*, ainsi que toutes les autres sectes religieuses, devrait assumer une part du coût? Si, comme l'exposé le propose, les *Christian Scientists* en sont entièrement exemptés, les gens qui contribuent au plan sanitaire public paieront une partie du coût pour ceux qui en bénéficient sans payer, et ceux qui ne versent rien en profiteront et en retireront des avantages. Puis-je demander au monsieur qui a présenté l'exposé—je crois qu'il s'appelle Fulton—dans quelle situation il se trouvera par rapport à la *Christian Science*? Et je lui pose cette question respectueusement, sans aucune intention dérisoire: supposons que quelqu'un en venant ici à la colline du Parlement, jusqu'à cet édifice, ait été renversé ce matin par un tramway et qu'il ait eu la jambe coupée; est-ce que la *Christian Science* aurait guéri cette blessure ou bien aurait-il fallu avoir recours à un traitement allopathique ou chirurgical? Supposons encore qu'il s'agisse d'une fracture ou de quelque chose de ce genre. Je suis croyant, et je vous assure que je crois à l'efficacité de la prière. Je le déclare ouvertement ici devant vous, et je respecte ceux qui y croient comme moi, mais après tout, la prière dans la plupart des cas ne sert qu'à guider les gens dans la voie qu'ils doivent suivre. Et c'est ce que je déclare au témoin en ce qui concerne les principes de sa foi; et je lui demande respectueusement de me donner une réponse à la question que je viens de lui poser sur le cas hypothétique que j'ai cité.

Le TÉMOIN: Je suis d'accord avec vous, docteur McCann, dans le cas d'une amputation. Notre exposé dit clairement que la victime d'un accident doit être transportée à l'hôpital pour panser ou coudre une blessure. Je vous dirai ceci —c'est encore un cas personnel, si vous le permettez—mon petit garçon est tombé et s'est coupé très gravement. Il a fallu cinquante-six sutures. Nous avions besoin de ce service à cette occasion, et nous avons payé, mais nous n'avons pas payé l'Etat. Et la beauté de la chose est que le petit est resté dans le plâtre seulement la moitié du temps qu'on s'y attendait et qu'il a été remis sur pied dans la moitié du temps habituel.

Le Dr MCCANN: Mais ce n'est pas parce que le plâtre a été appliqué par des *Christian Scientists*.

Le TÉMOIN: D'accord, et je dis que dans les cas de ce genre on devrait avoir —et nous en sommes heureux—des soins chirurgicaux; mais je dis que la guérison sera plus rapide, les applications moins nombreuses et qu'il y aura une plus grande possibilité de guérison complète sans mauvaises suites. Mais ce n'est là qu'une petite partie de la chose. J'ai quatre enfants qui ont entre eux soixante ans. Et c'est la seule fois qu'un de ces enfants a eu besoin de soins médicaux ou chirurgicaux et ils sont en très bonne santé. Je dirai de plus que l'un des garçons est né avec un bras hors de joint et on disait que le bras ne croîtrait jamais; et je serai très heureux, docteur McCann, de vous présenter un de ces jours ce bel enfant

qui a maintenant quatorze ans, dont la taille est de cinq pieds onze pouces de haut et qui pèse 168 livres; vous ne trouverez aucune différence entre les deux bras.

Le Dr McCann: Oui, vous nous citez des cas individuels, mais que faites-vous du principe de la chose? Vous acceptez le principe que dans certains cas vous devez appeler des hommes qui sont scientifiquement au courant de la pratique médicale ou chirurgicale. Eh! bien, voici le point: si vous admettez cela, le principe est que tous ces avantages sont à la disposition de tout le monde dans un plan d'assurance-maladie. C'est la conclusion à laquelle je veux arriver, à savoir que du moment qu'il en est ainsi votre secte devrait verser sa part du coût général pour tout le pays à cet égard.

Le TÉMOIN: D'un autre côté nous ne coûtons rien à la loi sous le rapport des soins médicaux ou chirurgicaux.

Le Dr McCann: C'est entendu.

Le TÉMOIN: Parce que nous sommes prêts à les payer nous-mêmes.

Le Dr McCann: Mais est-ce que vous ne devriez pas aider votre prochain? C'est également une assez bonne religion.

Le TÉMOIN: Nous le faisons, pour les mesures sanitaires. Vous avez mentionné l'enlèvement des déchets; je dis dans mon exposé que nous approuvons l'appui accordé aux mesures sanitaires. Mais, puis-je ajouter un mot, de peur de laisser l'impression que les enfants doivent faire l'objet de mesures prophylactiques. Je vais répondre de nouveau en citant les lois de l'Ontario, lois adoptées après mûre réflexion, en vigueur depuis de nombreuses années et fonctionnant harmonieusement; le jeune *Christian Scientist* dans la province d'Ontario n'est pas soumis à des examens médicaux ou à des inspections, sauf en cas de maladies contagieuses, ce que nous approuvons.

Le Dr McCann: Les autres enfants de l'Ontario ne le sont pas non plus. Permettez-moi de vous demander ceci (mettons les choses au point pendant que nous y sommes): en ce qui concerne les maladies, quand il s'agit, par exemple, d'immuniser les enfants contre la diphtérie, nous autres, de l'école allopathique de médecine, avons foi dans l'efficacité des inoculations d'anatoxine contre la diphtérie; mais dans ce cas, une carte est envoyée aux parents pour demander leur permission. N'allez pas vous imaginer que lorsque les parents envoient leurs enfants à l'école, ceux-ci sont obligés de subir ces inoculations; ce n'est pas le cas. Le seul cas obligatoire en Ontario est celui de la vaccination contre la petite vérole; et cette loi est plus souvent violée qu'observée, elle n'est pas mise en vigueur. Quant aux autres inoculations contre les maladies contagieuses, le choix est laissé aux parents. Nous reconnaissons l'importance et la signification de la parenté et la signification de la famille; nous savons de plus que les pères et les mères ont la garde de leurs enfants et nous essayons de collaborer avec eux en leur signalant les avantages de ces choses. N'allons pas nous imaginer qu'en Ontario au moins—et il en va de même pour tout le Canada, je pense—ces lois sont obligatoires. Je doute fort qu'elles soient obligatoires dans un système d'assurance-maladie. Elles seront proposées, et on s'efforcera d'en enseigner les avantages au public; des essais pratiques sont effectués dans ce sens. Quand vous voyez une grande ville comme Toronto ou comme Hamilton sans un seul cas de diphtérie pendant des années par suite de l'inoculation, vous avez là une bonne preuve.

M. Fulford: Pour faire suite aux remarques du docteur McCann, je dois dire que l'autre jour j'ai eu à signer un document autorisant les autorités scolaires de Brockville à prendre une goutte de sang à mon fils pour une épreuve de tuberculose; il n'y a donc certainement rien d'obligatoire dans la province d'Ontario.

Le TÉMOIN: Je suis très heureux que nous ayons abordé ce sujet de mesures obligatoires, car c'est un important sujet. Mais je ne trouve rien dans la loi qui indique qu'elles ne sont pas obligatoires. Si ces mesures ne sont pas obligatoires, veuillez donc l'indiquer dans la loi.

M. LALONDE: Vous dites dans votre exposé au paragraphe 3: "Si cette exemption nous est accordée, elle devrait être calquée sur celle que prévoit la loi qui a été adoptée en Colombie-Britannique mais qui n'a pas encore été mise en vigueur." Voulez-vous avoir l'obligeance de nous dire pourquoi elle n'a pas été mise en vigueur? Ensuite, à la page 8 je lis ceci: "Seuls les praticiens de l'Eglise de la *Christian Science* sont compétents à donner les conseils, les avis et les traitements..." Je voudrais avoir une définition précise de ce que vous entendez par "praticien"; est-ce un médecin, un homme au courant de la science médicale? Est-ce quelqu'un muni d'un diplôme ou d'autre chose? Je voudrais que le témoin nous renseigne là-dessus.

Le TÉMOIN: D'abord, au sujet de la loi de la Colombie-Britannique, je ne saurais dire pourquoi elle n'a pas été mise en vigueur; mais néanmoins l'exemption s'y trouve. Quant à votre question au sujet du praticien de la *Christian Science,* s'il a suivi des cours de médecine ou s'il a un diplôme, et le reste, je réponds: non. C'est un homme qui a passé sa vie à étudier la religion et les lois divines, et non pas les lois du corps humain ou de la matière, et il emploie la prière pour utiliser cette loi. De plus, ces personnes doivent fournir des preuves satisfaisantes au conseil de direction de l'église mère à Boston pour démontrer qu'ils ont été capables d'utiliser cette loi dans la guérison de maladies; mais personne—excepté peut-être parmi ses propres associés—n'est autorisé à inscrire son nom comme praticien public de la *Christian Science* tant qu'il n'a pas fourni des preuves irréfutables qu'il a une connaissance suffisante de la Bible; et dans la plupart des cas (avec quelques rares exceptions) qu'il a suivi des cours de lois divines et de leur application à la solution des problèmes humains.

M. HANSELL: Monsieur le président, je ne suis pas membre de ce Comité...

M. ROEBUCK: Monsieur le président, voulez-vous m'accorder un instant? Il était entendu que nous prendrions une heure et quart. Le temps est expiré. Si l'interrogatoire continue, ce sera aux dépens des autres délégations.

Le PRÉSIDENT: J'allais permettre encore une question.

M. ROEBUCK: Très bien.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Hansell.

M. HANSELL: Monsieur le président, je ne suis pas membre de ce Comité, mais un de mes amis qui a été incapable de venir m'a prié de prendre sa place ce matin. Aucun membre de notre Comité, j'en suis sûr, ne songe à parler légèrement de la liberté de conscience. Mais il s'agit ici d'un principe à ce que je vois et je voudrais demander au témoin ce qu'il en pense. Le projet de loi, ou les mesures sanitaires proposées dans le projet de loi, stipulent que des soins médicaux seront fournis à toute la famille, y compris les enfants depuis la plus tendre enfance. 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; mais je voudrais savoir comment la *Christian Science* traite un bébé ou un enfant qui n'est pas capable ou pas assez âgé pour employer la prière comme moyen de guérison? Je demande cela parce qu'il y a un principe très important en jeu. Le docteur McCann a mentionné le cas de quelqu'un ayant eu une jambe arrachée par un tramway. Loin de moi la pensée de faire du pathos, mais j'ai moi-même une amie dont l'enfant, en très bas âge, tomba malade et cette amie, la mère de l'enfant, reçut les avis d'un praticien de la *Christian Science.* L'enfant mourut. 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 d'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. Loin de moi la pensée de faire du style dramatique. J'ai été témoin du cas que je relate. Il ne s'agit pas d'un récit que j'aurais pu lire. Je ne veux déprécier en rien les méthodes de guérison de la *Christian Science* telles que cette confession désire les poursuivre auprès de ses propres membres, mais j'aimerais que l'on réponde à ma question parce que j'ai foi en la vertu du système à l'étude, qui permet aux parents de donner à leurs enfants les soins médicaux qu'il leur faut.—R. Merci pour cette question. Un enfant n'est 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 administre 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. J'aimerais vous renvoyer à celui que j'ai cité d'un enfant infirme de naissance, qui portait la tête et les épaules renversées en arrière et boitait d'un pied; cet état avait été constaté par quatre médecins, alors que l'enfant avait dix mois. On eut recours au traitement de la *Christian Science*. A seize mois, l'enfant marchait normalement, et il était complètement guéri à l'âge de deux ans. J'ose croire que cette réponse sera jugée satisfaisante.

Le PRÉSIDENT: Au nom du Comité, je désire remercier M. Fulton et ses collègues de la *Christian Science Church* de leur mémoire et de leur assistance à la réunion d'aujourd'hui.

M. ADAMSON: J'aurais une brève question à poser.

Le PRÉSIDENT: Qu'elle soit brève.

M. Adamson:

D. J'ai quelque expérience dans le domaine des accidents industriels. Supposons qu'une équipe se rende au travail et qu'il se produit une explosion de roche. Quelques-uns des mineurs sont des *Christian Scientists*. Conformément au présent bill, l'assurance-accidents prend soin de tous. Qu'allez-vous faire du mineur qui est adepte de la *Christian Science* et subit un accident industriel? Cela s'est produit plusieurs fois à ma connaissance.—R. Je prierais M. Eckman de vouloir bien répondre à cette question, parce qu'il est au courant de ce qui se passe en Californie, où la Loi des accidents du travail approuve les deux ordres de soins, ceux de la *Christian Science* et ceux du médecin.

M. ECKMAN: Ma réponse sera brève. Nous avons reconnu, et M. Fulton a reconnu, que dans les cas de blessures physiques, d'une fracture ou d'un autre accident, par exemple, nous recourons au chirurgien expérimenté pour obtenir le traitement voulu. Au sujet de la Loi des accidents du travail—je parle encore de la Californie, parce que c'est surtout là-bas que j'ai exercé mon activité—et de la commission des accidents de l'industrie, qui est une commission d'Etat ayant juridiction sur les voituriers particuliers en Californie—je pense qu'il n'y a que deux Etats où les choses se passent ainsi—en des cas comme ceux-là, les *Christian Scientists* appellent, quand c'est nécessaire, un médecin, et ils admettent les mesures sanitaires, la propreté, les bandages pour empêcher les pertes excessives de sang, et le reste. Lors d'une amputation, par exemple, c'est un chirurgien qui interviendra naturellement. S'il s'agit d'un os fracturé, c'est le chirurgien qui redressera l'os. Le traitement de la *Christian Science* n'est appliqué qu'en suite. Loin de nous la pensée de nous désintéresser de ces besognes, parce que nous savons d'expérience qu'à l'heure actuelle nous n'avons pas encore atteint la connaissance de l'homme moral qui, comme nous l'avons appris, est

l'image et la ressemblance de Dieu. Nous avons foi aux Ecritures qui nous disent que l'homme est fait à l'image et à la ressemblance de Dieu, et que le corps humain, partie sensible de l'homme, a besoin de soins comme ceux-là. En Californie, une fois que ces moyens temporaires ont été employés, le praticien entre en scène en même temps que le médecin. On verse une indemnité, et des émoluments sont accordés au praticien pour le temps qu'il a consacré au malade. Je passe maintenant à la question du docteur McCann. Nous n'avons nullement l'intention, et nous n'essayons jamais comme contribuables, de nous dispenser de l'obligation morale ou légale qui nous incombe. Nous nous en acquittons jusqu'au bout. Cependant, la question d'hygiène est d'une importance capitale pour les autres pays aussi bien que pour les Etats-Unis et le Canada. Comme le disait excellemment M. Willkie dans un récent ouvrage, la propreté est parfois nécessaire pour détruire la petite vérole et d'autres maladies. Mais dans ces conditions, l'intervention du médecin n'est pas obligatoire et, comme le proposait pertinemment M. Fulton à la fin de sa déclaration, si on ne veut pas que l'intervention soit obligatoire, il n'est que d'insérer la clause d'exception que nous sollicitons, et nous ne demandons pas autre chose.

Le PRÉSIDENT: Merci beaucoup. Nous entendrons maintenant le bureau d'examen des optométristes.

M. ROEBUCK: Monsieur le président, au début des témoignages de la délégation précédente, vous m'avez signalé que les avocats-conseils ne seraient pas entendus.

Le PRÉSIDENT: En effet.

M. ROEBUCK: J'ai été un peu lent, je pense, à saisir la portée de cette affirmation. Vous savez parfaitement, monsieur le président, que n'importe quel député peut s'élever, à titre d'avocat, contre un bill devant un comité de la Chambre.

Le PRÉSIDENT: Ou l'appuyer.

M. ROEBUCK: Je ne saurais admettre qu'une pareille affirmation figure au compte rendu. Ma qualité de député m'autorise à suivre l'exemple de mes collègues, qui présentent souvent, à ces séances, des délégations de leur propre circonscription ou de leur propre province. Voilà pourquoi je suis venu, et je ne voulais pas présenter cette délégation sans ajouter quelques brèves remarques. On m'a coupé la parole, et c'était peut-être aussi bien, mais je ne voulais pas qu'il y ait d'équivoque dans le compte rendu.

Le PRÉSIDENT: Très bien.

M. ROEBUCK: Je ne suis pas du tout ici comme conseil.

Le PRÉSIDENT: D'ordinaire, les avocats sont aussi des conseils.

M. ROEBUCK: Peut-être ai-je agi en qualité de conseil et peut-être le ferai-je encore. Mais c'est très bien, pourvu qu'il n'y ait pas d'équivoque sur la position que j'occupe ici.

Je représente depuis de nombreuses années les *Christian Science Churches*, bien que je ne sois pas moi-même un *Christian Scientist*. Durant au moins vingt-cinq ans, je pense, j'ai été appelé en consultation par les comités de publication et le comité des relations publiques de cette confession sur différents points d'ordre juridique plutôt que religieux. Je puis vous dire que, au cours de ma longue expérience, je n'ai connu aucun praticien versé dans son art ou ayant la moindre dose de sens commun qui aurait conseillé à des parents de ne pas recourir au médecin si leur enfant était sérieusement malade. Au contraire, nous avons démontré que c'est là la coutume parmi les praticiens de la *Christian Science Church*, et la preuve en est qu'ils ne se trouvent que très rarement dans des difficultés. Ils n'ont aucun démêlé avec la profession médicale. De fait, la plupart des médecins et des praticiens s'entendent à merveille.

Un extrait de l'un de nos recueils de loi vient justement de me tomber sous les yeux et me servira, je pense, admirablement comme conclusion. Le passage est dans l'ouvrage de Bishop sur le Droit criminel, à l'article 494:

> L'Etat doit s'intéresser à la santé de ses membres, mais chaque individu a le droit de voir lui-même à sa propre santé. Les législateurs ne sont pas rares qui, animés de plus de zèle que de sagesse, prennent sur eux de régir la santé des individus au point d'empiéter sur le domaine de la liberté et de l'autonomie qui appartiennent en toute justice à l'individu.

Espérons que le présent bill n'aura pas ce résultat.

Et nous passons maintenant à la délégation suivante que j'aurai aussi, en ma qualité de député, l'honneur de vous présenter. Il s'agit du Bureau d'examen des optométristes, institution statutaire dans la province d'Ontario. Je devrais m'y connaître en l'occurrence, parce que, comme procureur général de la province, c'est moi qui ai dressé le bill constituant en société ce bureau de direction des optométristes de la province. Les membres de la délégation précédente n'étaient pas d'accord et différaient d'opinion sur plusieurs points. Je pense qu'il en sera tout autrement de celle-ci, parce que je me rends compte que la plupart des personnages d'âge mûr qui font partie de ce Comité rendent hommage aux optométristes en portant des lunettes. Le porte-parole de la délégation n'est autre que M. George Bagwell. Figurent aussi parmi les autres délégués le colonel Cooper, secrétaire du bureau, et M. Fisher, chargé de cours à l'Ecole d'optométrie.

M. GEORGE BAGWELL est appelé.

M. CÔTÉ: Me sera-t-il permis ici d'attirer votre attention sur un point particulier? Je vois qu'il ne reste que trente minutes aux optométristes pour présenter leur rapport à notre Comité. Or j'ose faire respectueusement observer que c'est là traiter de façon peu équitable la profession, d'abord parce que ses représentants ont à plaider la cause d'une profession dont il n'est fait aucune mention dans le projet de loi, de sorte que ces représentants devraient pouvoir nous entretenir aussi longuement que les autres professions dont le cas est prévu dans le bill. En second lieu, si on les limite à trente minutes, on est injuste à l'endroit de délégués qui ont parcouru de grandes distances pour venir assister à cette réunion. Il y a parmi nous ce matin certains directeurs de la *Canadian Association of Optometrists* qui sont venus des provinces des Prairies et des provinces maritimes. Je voulais tout simplement vous signaler la chose afin que ces personnages soient traités comme il convient.

Le PRÉSIDENT: Si nous pouvons continuer maintenant, M. Bagwell aura quinze minutes à sa disposition.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, messieurs les membres du Comité spécial, le mémoire que je suis sur le point de vous présenter est celui du Bureau d'examen des Optométristes nommés en vertu de la Loi concernant l'optométrie et qui applique les dispositions de cette loi. Je pense qu'environ cinquante pour cent des optométristes de profession au Canada sont inscrits dans les registres de ce bureau. On a cru opportun que les vues du bureau sur le présent bill soient énoncées devant le Comité pour que le Comité en bénéficie, et j'espère que les conseils donnés seront suivis lorsque le projet de loi sera adopté.

Créé en vertu des dispositions de l'*Ontario Optometry Act*, c'est-à-dire des Statuts revisés d'Ontario, 1937, chapitre 246 et ses modifications, le Bureau d'examen des Optométristes est le corps officiel nommé par le gouvernement de la province d'Ontario en vertu d'un arrêté en conseil pour appliquer l'*Ontario Optometry Act*. La Loi concernant l'optométrie a confié au Bureau des examinateurs l'application des dispositions relatives à l'optométrie, et des règlements adoptés conformément à cette loi. Sont annexés en appendice à ce mémoire un

exemplaire de la Loi ainsi qu'un exemplaire des règlements, adoptés par le Bureau en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la loi, et approuvés par un arrêté en conseil.

Aux termes de la Loi concernant l'optométrie, un optométriste est défini comme toute personne qui pratique l'optométrie, et le mot "optométrie" veut dire la détermination, *par tout moyen autre que l'usage de drogues,* de la réfraction ou de la conformation musculaire de l'œil, la prescription de verres ophtalmiques, ou encore, de lunettes ou d'exercices visuels à un malade pour le soulagement ou la correction de toute défectuosité ou de tout défaut de la vue.

On observera que la Loi concernant l'optométrie restreint les optométristes à la détermination de l'acuité ou de la condition musculaire des yeux et à la prescription de verres ou de lunettes ophtalmiques pour soulager ou corriger chez le malade tout défaut visuel ou musculaire dont il peut être affligé, ou encore, à la prescription d'exercices visuels pour le soulager dans sa condition, mais que l'usage de drogues est défendu.

L'optométriste s'abstient parce qu'il n'en a pas le droit de traiter les "maladies" de l'œil, telles que lésions, infections, et le reste. On signale toutefois que plusieurs personnes souffrent d'infirmités ou de troubles tels que maux de tête, nervosité et autres incapacités analogues résultant directement d'une défectuosité ou d'un défaut visuel ou musculaire de l'œil, que l'optométriste a les moyens et le droit de corriger en prescrivant des verres appropriés ou des exercices visuels pour corriger le défaut; il a droit de remédier, par ce traitement, à la cause des maux de tête ou de toute autre incapacité.

Je suppose que la plupart de ceux qui portent aujourd'hui des lunettes dans cette salle se sont fait prescrire leurs verres parce qu'ils éprouvaient des maux de tête ou une sensation de fatigue, ou bien encore quelque autre malaise qui leur a fait conclure et remarquer qu'ils avaient besoin de quelque soulagement pour remédier aux troubles visuels qu'ils ressentaient.

Le Bureau d'examen des Optométristes dirige le "College of Optometry of Ontario", et le pouvoir de créer et de diriger le collège lui a été conféré par la Loi concernant l'optométrie.

Le Collège d'optométrie de l'Ontario, fondé et dirigé par le Bureau, est situé dans la ville de Toronto, tout près de l'Université de Toronto. Avant d'être autorisés à s'inscrire au collège pour le cours d'optométrie, les étudiants doivent avoir leur certificat d'immatriculation complète (*honour matriculation*) en Ontario, ou un certificat équivalent. Le cours dure trois ans et embrasse la biologie, les mathématiques, la physique (générale), la physique (optique), la psychologie, l'optique physiologique, l'optométrie, l'optique mécanique et appliquée, l'anatomie, l'optique neurologique, le diagnostique, l'économie, la comptabilité, la théorie de la vision, la physiologie, la pratique de l'optométrie et la jurisprudence. Le nombre minimum d'heures de classe dans ce cours de trois ans s'élève à 2,700.

L'optométriste doit donc commencer par avoir son immatriculation complète; puis il suit le cours de trois ans, dont plusieurs sujets sont enseignés à l'Université.

Le collège est étroitement uni à l'Université de Toronto, et la majorité des sujets s'enseignent à l'université, où des laboratoires et d'autres services sont à la disposition des collégiens. Un annuaire du Collège d'optométrie donnant le détail des cours et des sujets professés est annexé à ce mémoire. A l'heure actuelle, environ 800 optométristes sont inscrits au bureau et admis à exercer leur profession dans la province d'Ontario, à prescrire et à fournir des verres et des lunettes aux personnes qu'ils jugent atteintes d'une défectuosité ou d'un défaut visuel ou musculaire de l'œil. On compte environ 1,500 optométristes de profession au Canada.

Dans l'Ontario seulement, une enquête minutieuse a révélé que, au cours de l'année dernière, au moins 450,000 prescriptions de lunettes ou de verres prescrits et fournis par les optométristes de cette province ont été remplies. Pour tout le Canada, on a compté environ 1,220,000 prescriptions de lunettes et de verres fournis par les optométristes à des personnes atteintes d'une défectuosité ou d'un défaut visuel ou musculaire de l'œil. Ces chiffres comprennent les prescriptions de verres ou de lunettes qui ont été remplies par l'intermédiaire de médecins spécialisés dans le traitement de l'œil. Ces chiffres attestent qu'une grande partie de la population canadienne dépend des optométristes pour le soulagement et le traitement des défectuosités ou des défauts visuels ou musculaires de l'œil dont elle souffre, tout comme elle se remet aux dentistes du soin de la soulager en cas de dents défectueuses, ou aux médecins en cas de maladie ou de malaise corporel. Il n'est cependant pas sans intérêt de constater que, bien que les besoins médicaux et dentaires de la population aient été prévus dans le projet de loi et qu'il y soit fait mention des professions de médecin, de dentiste et d'infirmière, par contre la loi ne parle pas de la profession d'optométriste. Il est incontestable que la condition des yeux, qui sont peut-être l'organe le plus indispensable à l'homme, devrait demander pour le moins autant de soins que ses dents ou toute autre partie du corps. Il est donc respectueusement signalé que toute loi concernant l'assurance-maladie qui ne comporte et n'assure au public en général les services d'aucun optométriste serait insuffisante et manquerait d'atteindre son but qui, à notre sens, est de procurer les services d'hygiène nécessaires à tous les citoyens du pays.

En soulageant les milliers de personnes qui souffrent d'une défectuosité ou d'un défaut visuel ou musculaire de l'œil, que cette condition résulte de la vieillesse, d'un défaut musculaire ou d'une autre cause, les optométristes canadiens rendent un service d'hygiène indispensable et de première valeur au peuple du Canada. Quiconque souffre d'une défectuosité ou d'un défaut visuel ou musculaire de l'œil a autant droit de recevoir un traitement ou un soulagement par suite de cette défectuosité en se faisant prescrire les verres voulus, qu'il a droit de subir un traitement dentaire pour des dents défectueuses ou un traitement médical pour toute autre maladie ou tout autre malaise corporel.

Il est admis qu'une défectuosité ou un défaut visuel ou musculaire de l'œil peut occasionner à un individu des malaises sérieux: maux de tête, nervosité et fatigue, si cette défectuosité n'est pas corrigée par la prescription de verres appropriés, et peut-être le rendre incapable de poursuivre son travail de tous les jours. Les soins et le traitement appropriés des défectuosités ou des défauts visuels sont l'un des éléments essentiels à la santé nationale, et aucun plan d'assurance-maladies ne serait ni complet ni satisfaisant s'il ne prévoyait pas le soulagement des yeux.

Les citoyens du Canada en sont donc venus à dépendre des optométristes pour se procurer du soulagement en cas de défectuosités ou de défauts visuels ou musculaires de l'œil. Personne n'ignore que celui qui souffre des yeux se rend d'abord chez l'optométriste qui, lorsque le trouble provient d'une défectuosité ou d'un défaut visuel ou musculaire que des verres appropriés peuvent corriger, prescrit les verres requis; et d'autre part, lorsque le trouble provient d'une maladie ou d'une infection de l'œil, le patient est renvoyé à un médecin ou à un oculiste. Il est plutôt rare que le trouble provienne d'une maladie ou d'une infection, et la majorité des cas ont pour cause une défectuosité ou un défaut visuel ou musculaire. La profession médicale serait incapable de traiter également les cas de défectuosités ou de défauts visuels ou musculaires de l'œil et ceux qui proviennent d'une maladie ou d'une infection. Le médecin ordinaire ne s'y risque pas, et seul l'oculiste ou le médecin oculiste à l'occasion, celui qui se spécialise en la matière, a l'expérience nécessaire pour prescrire les verres ou les lunettes qu'il faut. Il est évident que si les milliers et les milliers de Canadiens qui s'en remettent actuellement à l'optométriste du soin de découvrir et de corriger leurs

défauts de réfraction ou d'accommodation visuelle, d'autres défectuosités de leur œil, sont obligés d'aller chez un médecin ou praticien pour pouvoir profiter des avantages du plan d'assurance-maladies auquel ils contribueront, la profession médicale deviendra par le fait même absolument incapable de faire face à la situation, parce qu'il n'y a pas assez de médecins spécialisés dans l'ophtalmologie pour traiter le nombre vertigineusement accru des sujets qui requerront alors leurs services. Il n'y a absolument pas assez de médecins et de chirurgiens spécialisés en ophtalmologie, ou d'oculistes, disponibles pour donner les soins voulus au nombre vertigineusement accru des patients qu'ils seraient obligés de soulager si la profession de l'optométrie était exclue de ce service, et une répercussion ne manquerait pas de s'en faire sentir sur le public.

En excluant l'optométriste des dispositions du projet de loi, on oblige tous les assurés à verser leur contribution annuelle et on ne leur donne droit qu'aux services d'un praticien en médecine lorsqu'ils ont besoin de verres pour corriger la réfraction ou l'accommodation de leurs yeux, ce qui exige des soins et une correction aussi essentielles à leur santé et à leur bien-être que la correction de toute autre forme d'infirmité; si donc ils tiennent à se faire soigner par leur opticien habituel, ils devront le faire à leurs propres frais et sans aucune aide financière du fonds que leurs versements ont contribué à former. Ce serait aussi une grave injustice à l'égard des 1,500 opticiens pratiquant aujourd'hui dans le Dominion, car la plupart des gens, ayant à choisir entre les services d'un opticien, à payer de leur poche, et les services d'un spécialiste des yeux payé par l'administration de la loi projetée, choisiront naturellement le praticien qui leur offrira des services gratuits.

On a suggéré de donner à la loi fédérale la forme d'une loi de direction et d'autorisation laissant aux provinces les responsabilités administratives et exécutives. Nous proposons respectueusement qu'en ce sens les termes de la loi fédérale soient tels qu'elle n'empêche nullement les provinces de placer les services des opticiens sur le même pied que ceux des médecins, des dentistes et des infirmières. Comme chaque province continuera d'administrer ses propres lois de médecine et ses autres lois concernant l'hygiène publique, nous proposons que la loi fédérale n'empêche pas les lois provinciales de porter sur les services dispensés par les opticiens. Le loi reconnaît à l'opticien le droit de soigner les gens qui souffrent d'erreur ou de défaut musculaire ou visuel des yeux, c'est-à-dire de soigner une grande partie de la population; nous trouvons donc qu'il serait injuste et inéquitable d'adopter des lois excluant les opticiens de ce service d'hygiène publique très nécessaire et tout à fait vital.

Le Bureau des examinateurs en optométrie de la province d'Ontario, en qualité de représentant des intérêts des opticiens ontariens, présente ces faits et ces propositions au Comité pour le renseigner et pour qu'il les prenne en considération, assuré que le Comité adaptera la loi projetée de manière à faire face aux situations décrites ici.

Le tout respectueusement soumis.

LE BUREAU DES EXAMINATEURS EN OPTOMÉTRIE
DE LA PROVINCE D'ONTARIO,

H. S. COOPER, *secrétaire.*

M. MCCANN: Permettez-moi de prendre un instant pour signaler aux opticiens qui sont ici qu'ils n'ont pas à s'inquiéter, à mon avis, car ils pourront continuer leurs services de la même manière qu'aujourd'hui. Je leur signale l'article 27 du projet de loi que nous avons devant nous; le paragraphe 2 de l'article 27 se lit comme suit:

Pour les fins de la présente loi, les prestations mentionnées au dernier paragraphe doivent être administrées sous les rubriques suivantes, savoir:

(*a*) Prestations médicales, chirurgicales et obstétricales.
(*b*) Prestations dentaires.
(*c*) Prestations pharmaceutiques.
(*d*) Prestations hospitalières.
(*e*) Services de gardes-maladies.

(3) Les prestations mentionnées au paragraphe qui précède comprennent les procédés particuliers et techniques et les services auxiliaires susceptibles d'être prescrits...

M. ROEBUCK: Par qui?

M. MCCANN: Par le médecin consulté.

M. ROEBUCK: Il faudra donc passer d'abord par un médecin?

M. MCCANN: Peut-être, mais pas nécessairement. On pourra faire tout simplement comme aujourd'hui, aller directement chez l'opticien.

...et qui peuvent, en conformité des règlements établis par les présentes, être jugés nécessaires pour rendre lesdites prestations en vigueur dans le cas d'un assuré.

Ce que je prétends, c'est que la loi n'impose à peu près aucune restriction à la pratique de l'optométrie; que les opticiens seront encore connus sous le nom d'opticiens, comme aujourd'hui dans un grand nombre de cas. Je ne pense pas, comme le témoin qui vient de parler, qu'un fort pourcentage des gens se présentent directement chez l'opticien; je crois que la plupart des gens consultent d'abord leur médecin de famille, lequel leur recommande, avec ou sans ordonnance écrite, de consulter un opticien ou, parfois, un spécialiste des maladies des yeux. Je ne vois donc pas pourquoi les opticiens s'inquiètent. Je pense, pour ma part, qu'ils continueront à pratiquer de la même manière qu'aujourd'hui et toujours. Je puis me tromper, toutefois.

Le TÉMOIN: D'après mes renseignements, docteur McCann, et je les crois dignes de foi, car nous les avons étudiés l'autre jour, la grande majorité des patients se présente directement chez l'opticien; comme je l'ai signalé dans les chiffres donnés ici (et je les crois exacts), ils se comptent par centaines de milliers, ceux qui se présentent directement chez les opticiens, de leur propre initiative. Ce qui déplaît aux opticiens dans la situation que créera l'article du projet de loi concernant les services auxiliaires, c'est qu'il est parfaitement vrai que le médecin peut envoyer les patients chez l'opticien pour se faire examiner les yeux, mesurer la réfraction et prescrire des lunettes; mais l'article tel qu'il est rédigé actuellement oblige les patients à passer d'abord par le médecin; or le médecin, généralement, ne les envoie pas chez l'opticien, il les envoie chez un spécialiste des yeux, et il lui faut leur donner pour cela une ordonnance.

M. MCCANN: Voyez-vous quelque chose dans le projet de loi qui empêche les malades de se faire traiter à leurs propres frais? Le projet ne spécifie pas qu'ils en retireront tous les avantages, mais l'interprétation que j'en donne, c'est qu'ils pourront continuer d'en agir ainsi.

Le TÉMOIN: Oui, mais à leurs propres frais.

M. MCCANN: A leurs propres frais, exactement.

Le TÉMOIN: Si les gens doivent verser une contribution, si les yeux sont indispensables à la santé et si ceux qui portent des verres doivent contribuer au fonds d'assurance, il me paraît évident qu'il ont droit à profiter des avantages du fonds auxquels ils contribuent et qu'il doivent pouvoir se faire soigner par l'opticien qui leur a dispensé durant des années des services satisfaisants.

Le PRÉSIDENT: Avant de questionner davantage, écoutons le représentant de l'Association des optométristes du Canada, car les deux associations vont de pair.

M. H. S. McLUNG est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, messieurs les membres du Comité, il est préférable que j'écourte beaucoup mes remarques; je vais donc lire seulement quelques lignes, et ensuite, avec la permission du président, demander que notre mémoire soit considéré comme lu et soit publié au procès-verbal, ainsi que celui de la province de Québec et celui de notre secrétaire, M. Bind—il est le secrétaire de l'association pour le Canada. Je pense qu'il s'est glissé dans vos esprits, chez plusieurs sinon chez la majorité d'entre vous, une confusion considérable au sujet de l'organisation de l'optométrie au Canada; je vais donc vous lire quelques lignes de mise au point à ce sujet; vous déciderez ensuite si je dois lire tout le travail. Voici.

Comme il est évident que l'on connaît mal l'organisation de l'optométrie au Canada, je vais en donner brièvement les grandes lignes.

En 1904, Québec reconnut la nécessité de réglementer la pratique de l'optométrie et mit dans ses statuts la première loi canadienne sur l'optométrie. En 1909, le Manitoba, et en 1911 ma province, la Saskatchewan, firent de même et définirent cette profession comme "employant tous moyens autres que les drogues, la médecine ou la chirurgie pour mesurer et aider la capacité de vision". Au cours des quelques années suivantes, toutes les autres provinces adoptèrent des lois semblables sur l'optométrie.

Il y a deux ans, les représentants élus de chacune des associations provinciales d'optométristes se réunirent et fondèrent la *Canadian Association of Optometrists,* représentant tous les opticiens du pays et jouissant de leur appui à tous.

Voilà en peu de mots l'organisation de l'optométrie au Canada. Il y a plusieurs années, on sentit la nécessité d'un collège d'optométrie pour la formation des étudiants à cet art. Le Québec avait déjà depuis longtemps un collège de ce genre, affilié maintenant à l'Université de Montréal. Les autres associations provinciales du Canada accordèrent leur support financier annuel, volontairement, à un autre collège, qui fut fondé à Toronto, et cela jusqu'à ce qu'il pût se tirer d'affaire tout seul. Il est maintenant connu sous le nom *d'Ontario College of Optometry.* C'est de ce collège qu'a parlé le dernier orateur. Il fut mis sur pied, au début, par les optométristes du Canada, puis remis au Bureau de l'Ontario, dont il dépend maintenant.

Toutes les provinces donnent des cours de perfectionnement pour leurs licenciés en optométrie, afin de les tenir au courant du progrès rapide des connaissances optométriques. En Saskatchewan, par exemple, il y a les cours de perfectionnement de l'Université de la Saskatchewan. Nous sommes fiers, nous de la Saskatchewan, de jouir de l'appui sans réserve des professeurs de la faculté de médecine.

Les examens d'optométrie sont dirigés et surveillés par les universités canadiennes. Pour y être accepté, il faut avoir suivi un cours de trois années dans un collège d'optométrie d'un *standing* acceptable.

Et maintenant, je ne veux pas vous infliger d'autres remarques sur le sujet. Si cela convient au Comité et si le président y consent, je vous demanderais de faire paraître le reste de notre mémoire au compte rendu, comme s'il avait été lu. Je demanderai ensuite à M. Hébert de vous parler comme représentant de la province de Québec.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur McLung. Votre mémoire paraîtra au compte rendu d'aujourd'hui.

LA CANADIAN ASSOCIATION OF OPTOMETRISTS

représente officiellement presque tous les optométristes canadiens par l'intermédiaire de leurs associations provinciales, soit 1,500 licenciés, environ. Elle succède, après réorganisation, à la *Dominion Optometrical Association*, et ses objets constitutionnels sont les suivants:

(1) Etudier toutes les questions intéressant l'optométrie sur le plan national et ne dépendant pas spécifiquement de la juridiction d'une province particulière, et prendre des mesures au sujet de ces questions;
(2) Aider de toutes les manières possibles à accroître l'utilité de l'optométrie pour la population du Canada;
(3) Encourager l'amitié et les bons rapports des diverses associations provinciales;
(4) Faire progresser la connaissance de l'optométrie.

La pratique de l'optométrie est régie par des lois sur l'optométrie, dans toutes les provinces du pays, et se définit, d'après la loi de la Saskatchewan: "Emploi de tous moyens autres que les drogues, la médecine ou la chirurgie pour mesurer ou aider la capacité de vision ou pour fournir des lentilles ou des prismes afin de l'aider." Les définitions des autres lois provinciales ont une interprétation semblable. Nous sommes d'avis que l'optométrie est partie essentielle des services d'hygiène nationaux, car, grâce à cette partie distincte de la technologie, une proportion très importante de la société est assurée d'une bonne vue, même une efficacité visuelle améliorée, ainsi que les résultats heureux qui en découlent pour la santé en général.

Il faut considérer l'optométrie comme une floraison directe de la science de l'optique, division de la physique; tout en empruntant à d'autres sciences, elle consiste essentiellement en l'application de méthodes physiques à l'acte vital de la vue.

L'optométrie s'occupe de la fonction de la vue et des conditions de lumière dans lesquelles elle s'accomplit; de la correction des anomalies fonctionnelles de la vue; des appareils qui aident la vue, de leur théorie, de leur fabrication et de leur application.

L'optométriste est capable d'un travail spécialisé et très important pour les services d'hygiène de la société, et il faut lui accorder la même reconnaissance officielle qu'aux autres professions travaillant aux services d'hygiène.

La réfraction (mesure des erreurs de réfraction des yeux et correction de ces erreurs au moyen de verres) n'entre pas dans la médecine, et il existe un très grand besoin de réfractionnistes de métier, en plus des praticiens de la médecine ou de la chirurgie ophtalmique.

Dans une proportion de 70 p. 100, la population souffre d'une vue défectueuse. Chez les gens de 40 à 50 ans, 48 p. 100 ont une vue imparfaite; passé cet âge, le pourcentage est de plus en plus fort. A 50 ans, 71 p. 100; à 60 ans, 82 p. 100; à 70 ans, 95 p. 100. Une enquête faite à Philadelphie par l'*American Medical Association* et la *National Education Association* a permis de constater que, sur 200,000 enfants, 20 p. 100 souffrent de défauts de la vue. L'enfance est la période décisive de la vie. Nous ne pouvons nous permettre de risquer la vie des enfants canadiens. La conclusion inévitable, c'est qu'il faut corriger ces défauts et, pour cette tâche, utiliser les services des optométristes.

Considérons *les effets importants des erreurs de réfraction et de l'incoordination musculaire sur l'état de santé général.* La correction de ces défauts relève purement de l'optométrie, mais, pour qu'on ne nous accuse pas d'exagération, nous prenons la liberté de citer deux médecins de réputation internationale, l'un

Britannique et l'autre Américain. Notre premier témoin est sir Stewart Duke Elder, F.R.C.S., examinateur en ophthalmologie du *Royal College of Surgeons of England* et du *Royal College of Physicians*, de Londres, qui déclare, dans "The Practice of Refraction":

> Il n'est donc pas étonnant que, de toutes les maladies nuisant au fonctionnement normal de la machine humaine, la fatigue des yeux, sous une forme quelconque, soit sans doute la plus commune.
>
> On reconnaît partout, maintenant, l'importance de soulager la fatigue des yeux pour conserver aussi bien la santé et le bonheur que la valeur économique des individus; mais ce qui est étonnant, surtout si l'on se rappelle la grande diversité de troubles constitutionnels causés par cette fatigue, c'est qu'il en soit fait mention si peu souvent et d'une manière si accidentelle dans la plupart des traités de médecine générale.
>
> Une tradition ne disparaît pas facilement; cette apathie provient sans doute de la négligence entière du sujet, jusqu'il y a peu de temps, par les praticiens légitimes.
>
> Mais les affirmations inconsidérées de quelques personnes ne doivent pas nous faire oublier le fait que les erreurs de réfraction, surtout les erreurs peu accentuées, les anomalies d'accommodation et de convergence, et le manque d'équilibre des muscles oculaires extrinsèques, sont la cause insoupçonnée de beaucoup de souffrances. Trop souvent, dans le diagnostic de ces cas, la cause oculaire des troubles constatés est négligée, ou l'on n'y pense qu'après toutes les autres, alors qu'il aurait fallu la découvrir et la soigner immédiatement.

SYMPTÔMES DES FAIBLES ERREURS DE RÉFRACTION

> Les symptômes vont du simple commencement de mal de tête à des apparences de graves maladies nerveuses organiques; ils sont plus complexes et plus difficiles à constater, plus fréquents et plus prolifiques en résultats malheureux. Ce sont eux, sous leurs diverses formes, que l'on appelle communément "fatigue des yeux".
>
> *Les symptômes en question*
>
> Il ne faut traiter avec les méthodes médicales ordinaires aucun mal de tête d'origine incertaine avant d'être sûr que la fatigue des yeux n'est pas au moins l'un des facteurs de son étiologie.
>
> La fatigue des yeux a aussi tendance à affecter l'état de santé général et le bien-être mental.
>
> Il est démontré que la fatigue des yeux peut causer beaucoup d'inquiétude et de malaise, et il est certain qu'elle peut réduire de beaucoup la vitalité générale du sujet.

Le grand spécialiste américain, le docteur Edward Jackson, dans "The Eye and its Diseases" de Conrad Berens (écrit par 82 spécialistes de réputation internationale déclare:

> Plus tard, au cours de la vie scolaire, les symptômes de la fatigue des yeux sont l'inattention persistante, les maux de tête, la congestion fréquente de la conjonctive et des paupières, les nausées, la fatigue exagérée à la fin de la journée, l'anémie et la diminution de la résistance physique. Ces symptômes sont très souvent causés par l'hypermétropie et ne peuvent être soulagés que par la découverte et la correction de cette cause.
>
> A l'âge adulte.....l'hypermétropie peut causer la neurasthénie, la mélancolie, le manque d'appétit, l'anémie et une mauvaise santé chronique, sans manifester les symptômes plus directs, plus évidents de la fatigue des yeux.

Le vertige, les étourdissements, les nausées, les vomissements, les malaises en voiture, peuvent tous provenir de la fatigue des yeux, soit pour cause d'amétropie, soit pour cause d'incoordination motrice.

Quoique S. Weir Mitchell ait reconnu, il y a soixante ans, le rapport des erreurs de réfraction et des maux de tête, nausées et autres symptômes de désordres du système nerveux, le caractère organique essentiel de ce rapport n'est pas encore suffisamment reconnu. Nous ne pouvons énumérer ici la longue liste de ces symptômes. Ce qu'il est indispensable de se rappeler, c'est que tous ces symptômes peuvent provenir de la fatigue des yeux, et que seule la suppression de la cause, c'est-à-dire la suppression de toutes les erreurs de réfraction, peut soulager complètement et durablement. Cela fait entrer dans la symptomatologie des erreurs de réfraction la plupart des symptômes généraux de fonctionnement nerveux désordonné ou d'alimentation difficile.

Considérons maintenant pour un instant...

FRÉQUENCE DE LA FATIGUE DE LA VUE DANS L'INDUSTRIE

Extrait du livre "Health and Unemployment—Some Studies of their Relationship" de Leonard C. Marsh, directeur des recherches sociales, à l'Université McGill.

Vue et autres défauts de la vue—Examen du cas de l'adulte

"Il a été constaté que sous ce rapport, le chômeur, pris comme groupe, était sérieusement désavantagé. Un exemple frappant réside dans le fait que 87 p. 100 des chômeurs qui avaient besoin de lunettes n'en avaient pas; d'autre part comme la proportion correspondante parmi les travailleurs est de 53-2, le taux en lui-même est élevé."

Examen du cas de l'enfant—Vue

"Apparemment, aucune déficience physique n'est plus négligée ou ignorée par l'individu que la vue défectueuse. Quand la prospérité règne, les gens de toute condition montrent une certaine répugnance à porter des verres. De tous, les enfants et les adolescents sont les plus portés à négliger leur vue; il faut donc les conseiller en conséquence."

"Le coût de l'examen de la vue et le prix des lunettes sont le plus grand empêchement pour le chômeur et ceux qui luttent pour ne pas émarger au budget des secours directs. Sur le nombre des enfants examinés, 30 p. 100 souffraient de la vue."

"Mais le grand point est que 70 p. 100 environ n'avaient pas été traités, c'est-à-dire que seulement 30 p. 100 de ceux qui avaient besoin de lunettes se les étaient procurées."

En Grande-Bretagne, les prestations ophtalmiques furent ajoutées aux prestations dentaires sous la rubrique "Prestations additionnelles". Les opticiens qui s'occupent de la réfraction furent inclus dans la liste des médecins désignés et on leur accorda le droit de percevoir un honoraire de cinq shillings ($1.25) pour un examen de la vue. Cette prestation jouit d'une grande popularité.

Je vais maintenant citer des extraits du rapport de sir William Beveridge:

PRESTATIONS ADDITIONNELLES

Paragraphe 56: Lors de la 5e évaluation se rapportant à peu près à 1938, des prestations additionnelles furent rendues disponibles dans les sociétés comptant 88 p. 100 des hommes assurés et 81 p. 100 des femmes assurées; cela revient à dire que seuls 12 p. 100 des hommes et 19 p. 100 des femmes n'ont reçu que les prestations statutaires."

Paragraphe 57: "Les surplus ont été appréciables tant au point de vue des fonds qu'à celui du nombre des assurés. L'affectation annuelle de fonds pour les régimes adoptés lors de la cinquième évaluation se chiffrait à £5,850,000 par rapport à la dépense totale d'environ £35,000,000 pour les prestations de toutes sortes, y compris les prestations additionnelles. La répartition de la somme de £5,850,000 pour les différentes fins est indiquée dans le tableau ci-dessous:

TABLEAU III

ASSURANCE-MALADIE NATIONALE—ALLOCATION POUR PRESTATIONS ADDITIONNELLES
(régime de la 5e évaluation)

	Affectation annuelle	Pourcentage de l'affectation
Prestations dentaires	£2,420,000	41.4
Prestations ophtalmiques	630,000	10.8
Dispositifs médicaux et chirurgicaux	200,000	3.4
Traitement dans les maisons de convalescents	160,000	2.7
Traitement dans les hôpitaux	90,000	1.5
Autres traitements	150,000	2.6
		etc.

Paragraphe 62: "Une proportion très considérable des surplus d'évaluation appliquée aux prestations pour traitements, dans le passé, a été affectée au traitement dentaire et au traitement ophtalmique, d'où reconnaissance de la nécessité de ces services; c'est ce qui a porté toutes les associations des sociétés approuvées témoignant devant le comité à recommander que ces formes particulières de traitement soient à la disposition de toutes les personnes assurées."

Paragraphe 63: "La somme annuelle considérable (environ £5,850,000) affectée aux prestations additionnelles lors de la dernière évaluation a été consacrée dans une proportion de 85 p. 100 aux prestations-maladie et incapacité, aux prestations dentaires et ophtalmiques qui, de l'avis de tous ceux qui ont rendu témoignage devant le comité, devraient maintenant être statutaires et universelles."

Paragraphe 435: "Les traitements dentaires et ophtalmiques ainsi que la fourniture d'appareils sont maintenant les plus populaires des prestations additionnelles de traitement prévues par l'assurance-maladie nationale. C'est-à-dire qu'ils sont payés en partie au moyen d'une contribution obligatoire, et en partie au moyen d'un déboursé lors du traitement. On s'accorde à demander à ce que ces services deviennent des prestations statutaires pour tous ceux qui participent à l'assurance-maladie."

J'espère vous avoir convaincus, messieurs, de l'importance de notre travail et de la nécessité d'inclure l'optométrie dans le projet d'assurance-maladie nationale que vous pourrez formuler, et je me permets d'offrir les suggestions suivantes pour ce qui a trait à la vue dans le projet de bien-être social.

Nous sommes d'avis qu'en vertu d'un projet de sécurité sociale et d'assurance-maladie, tout le monde devrait avoir de telles prestations pour le soin de la vue.

L'examen de la vue devrait être à la disposition de tous les gens de la façon suivante:

(*a*) Tous les enfants qui fréquentent les écoles, jusqu'à la huitième classe inclusivement, devraient être examinés une fois l'an par des optométristes ou des techniciens qui s'occupent de la réfraction. Il y a moyen de procéder à cet examen, de déterminer la proportion exacte des élèves à une normale et de dresser des fiches contenant les constatations annuelles. La profession s'inquiète vivement de constater que les cas de myopie (vue courte), suivant les statistiques fournies, augmentent de 600 p. 100 entre la première et la huitième année. Il en résulte que les jeunes garçons, aussi bien que les jeunes filles, ne participent plus aux jeux en plein air, au détriment de leur développement physique et social et que dans un temps de crise nationale, un grand nombre d'hommes sont trouvés inaptes au service militaire par suite de leur faible acuité visuelle;

(*b*) Tous les adultes et les enfants qui fréquentent les écoles secondaires devraient pouvoir se faire traiter la vue soit par un optométriste, soit par un technicien de la réfraction. Il est admis qu'un bon nombre de cas de sénilité précoce et de cécité sont causés par le manque de soins voulus de la vue;
(*c*) Chacun devrait avoir la liberté de choisir son propre praticien;
(*d*) Le développement professionnel et éthique de l'optométrie ne devrait pas être entravé;
(*e*) La nécessité des services optométriques devrait être déterminée par les optométristes;
(*f*) Tout licencié en optométrie devrait être admis à participer au projet;
(*g*) La direction de tout projet comportant les problèmes et les soins de la vue devrait être confiée à un optométriste.

Nous demandons avec instance que le projet de loi soit modifié de manière à inclure les suggestions suivantes:

PROJET DE LOI

Etablissement de l'assurance-maladie et recrutement de son personnel

16. (1) Il faudrait insérer le mot "optométristes" pour que l'article se lise en partie: "et les autres personnes... y compris un représentant de la *Canadian Medical Association, Canadian Hospital Council,* des pharmaciens, des gardes-malades, des dentistes, des optométristes", et ainsi de suite. En ce qui concerne la Première Annexe (article 3), il est important que des dispositions soient prises pour l'établissement de cliniques pour la réfraction de la vue et de cliniques pour les yeux. La chose est particulièrement nécessaire dans les grandes villes et dans les localités où il y a une plus grande concentration de population. A New-York et à Philadelphie, il a fallu, par suite de l'augmentation considérable de cas par médecin par heure, renvoyer tous les cas pathologiques aux cliniques médicales de la vue et d'établir des cliniques distinctes de réfraction. Ceci est bien conforme aux conclusions du rapport du comité américain qui a constaté que le traitement de la vue ne pourrait être effectué que par la coopération des ophtalmologistes et des optométristes et qui a recommandé que le travail soit partagé entre eux. L'examen périodique de la vue devrait faire partie du programme qui sera inauguré.

PRESTATIONS

Genres de prestations.—Les prestations optométriques devraient être incluses et il faudrait insérer un nouvel article intitulé "Prestations optométriques" et comportant le même texte que ceux qui existent déjà.

ADMINISTRATION PAR LA COMMISSION

Comment est déterminée la nomination des autres membres.—35. (4) Il faudrait ajouter les organismes représentant les optométristes.

COMITÉS REPRÉSENTATIFS

45. (4) Ces comités devraient également comprendre la profession optométrique.

TROISIÈME ANNEXE

(article 5)

Il faudrait y ajouter un paragraphe concernant l'examen de la vue des écoliers tant dans les centres urbains que dans les centres ruraux et l'adoption de mesures correctives avec la collaboration des autorités de l'assurance-maladie.

Il conviendrait également d'ajouter un paragraphe semblable pour l'examen de la vue des ouvriers dans les usines.

Ces examens pourraient être pratiqués au moyen des écrans d'épreuve, semblables à la série Emmett A. Bates dont on se sert actuellement dans certaines écoles et usines "Sans yeux pour voir, les gens périssent."

(Texte)

MÉMOIRE DU COLLÈGE DES OPTOMÉTRISTES ET OFFICIERS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC ET DE L'ÉCOLE D'OPTOMÉTRIE AFFILIÉE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL POUR LE COMITÉ SPÉCIAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Monsieur le président, je désire vous remercier ainsi que les membres du Comité de nous fournir l'occasion de soumettre nos vues et de vous exposer en quelques mots ce qu'est l'optométrie, ce qu'est le Collège des Optométristes et Opticiens de la province de Québec ainsi que le rôle que les optométristes peuvent ou devraient jouer dans le programme de l'assurance-maladie qui est présentement soumis à l'étude. Je crois bien que tous les membres du Comité savent ce qu'est l'optométrie, mais il me semble qu'une définition claire de cette profession s'impose pour les besoins de la discussion.

CE QU'EST L'OPTOMÉTRIE

La définition légale de la profession telle qu'énoncée dans l'article 17 du chapitre 274 des Statuts refondus de la province de Québec, 1941, est celle-ci:

> L'emploi de tous les moyens autres que l'usage de drogues pour la recherche et le mesurage de vices de réfraction, tel que l'hypermétropie, la myopie, la presbytie, l'astigmatisme et l'asthénopie en se servant de verres ophtalmiques pour y remédier. Elle comprend aussi tout examen de la vue fait par tout moyen quelconque, hormis l'usage des drogues dans le but d'en déterminer, d'en corriger ou d'en améliorer l'acuité.

On définit scientifiquement cette profession en disant que l'optométrie est la science et l'art d'examiner les yeux, leurs fonctions et d'employer les moyens préventifs ou correctifs assurant le maximum de vision et de confort. Ces moyens sont les exercices musculaires et les verres ophtalmiques appropriés. Le rôle de l'optométriste consiste à corriger les défauts qui résultent d'une mauvaise conformité du globe oculaire ainsi que les insuffisances oculomusculaires. Un degré universitaire reconnu par un Statut provincial le qualifie et l'autorise à faire l'examen des yeux ainsi qu'à faire la recherche, la mensuration et la correction des anomalies visuelles. L'optométriste est également apte et autorisé à découvrir toute pathologie oculaire, apte et autorisé à rétablir l'acuité visuelle défectueuse en se basant sur des données scientifiques, apte et autorisé encore à aider et soulager une insuffisance musculaire à l'aide d'exercices orthoptiques.

En résumé, les devoirs professionnels de l'optométriste sont d'examiner les yeux pour, (*a*) rechercher les erreurs de réfraction, (*b*) noter les défauts d'accommodation et de convergence, (*c*) dépister les cas pathologiques. Pour corriger ces anomalies de l'œil il prescrit et fournit des verres ophthalmiques, donne des exercices orthoptiques, ou collabore avec l'ophthalmologiste en lui référant les cas pathologiques réels ou soupçonnés.

Les études en vue du baccalauréat en optométrie durent trois années. Elles ne peuvent être entreprises qu'après avoir présenté aux autorités universitaires (section de la faculté des sciences) un certificat de rhétorique, de 2nd year arts (College) ou une équivalence déterminée par le bureau d'immatriculation de l'Université de Montréal. Ces études portent sur les matières suivantes: philoso-

phie, biologie, dessin, chimie, mathématiques, physique, optique physique, optique géométrique, théorie des verres correcteurs, instrumentation de laboratoire, optique physiologique, optométrie théorique, instrumentation de réfraction, skiascopie, réfraction oculaire, anatomie générale, anatomie, physiologie et pathologie oculaire, myologie, hygiène, dissection, clinique d'ophthalmologie, lunetterie, clinique d'optométrie, orthoptique et déontologie.

Pour ne pas prendre inutilement le temps précieux des membres du Comité, vous me permettrez de déposer avec ce mémoire un prospectus de l'Ecole d'optométrie dans lequel on peut voir annoté en page 8, 9, 10, 11 et 12 un court résumé de l'enseignement donné par les professeurs sur les matières que je viens de vous énumérer.

Anatomie générale.—L'anatomie générale, les anomalies et les défauts de conformations sont discutés à fond dans leur rapport avec le sujet. Les cas embryologiques offrant quelque intérêt sont expliqués au besoin. Les cours sont accompagnés de diagrammes, de modèles et de dessins au tableau.

Anatomie oculaire.—Comme l'anatomie oculaire est le point de départ de toutes les études ophtalmologiques, une attention particulière et un temps considérable sont consacrés à cette matière.

Physiologie.—Le professeur s'efforce de donner aux élèves une connaissance générale et sûre de la physiologie oculaire. Les études de physiologie sont autant que possible les corollaires de celles d'anatomie. En mêmes temps que les élèves étudient la conformation de l'œil, ils en apprennent le fonctionnement.

Pathologie.—En première année, les élèves reçoivent une série de cours sur les notions élémentaires de la pathologie oculaire, définitions et divisions de la pathologie, causes des maladies, lésions, inflammations, infections, immunités, tumeurs et évolution des maladies.

Lunetterie.—Le professeur explique en quelques leçons la composition de la lunette, ses différentes parties et son utilité pour la correction de la vision.

Skiascopie.—En deuxième année, les élèves assistent à un certain nombre de leçons explicatives sur la théorie des ombres, méthode objective employée pour déterminer les vices de réfraction.

Instrumentation (Laboratoire).—Le cours consiste en un certain nombre de leçons théoriques sur les différents instruments de laboratoire. Ce cours est accompagné de démonstrations pratiques données par le professeur ou son assistant.

Verres correcteurs.—Cette partie de l'étude considère tous les verres optiques employés en lunetterie. Les élèves en étudient les différentes formes, leur composition chimique, leur propriété scientifique, ainsi que leur usage en optométrie.

Optique physique.—Le professeur s'occupe de donner aux étudiants une connaissance générale et approfondie de cette division de la physique qui a pour objet l'étude des différents phénomènes lumineux.

Optique géométrique.—Cet enseignement de première année traite des rayons lumineux et des modifications dont ils sont susceptibles dans leur trajet. Le programme de ce cours comprend la réflexion, la réfraction, l'absorption et la dispersion de la lumière.

Optométrie théorique.—Ce cours comprend l'étude de la vision de la physiologie de la vision, le système dioptrique de l'œil et son fonctionnement. Cet enseignement est donné à l'aide de dessins explicatifs.

Instrumentation (Réfraction).—L'enseignement porte sur les différents instruments scientifiques employés dans la recherche des erreurs de réfraction et des anomalies de l'œil. Le professeur explique la composition et l'usage de ces instruments.

Optique physiologique.—Ce cours comprend une étude sérieuse et approfondie de la constitution optique de l'œil ainsi que de son fonctionnement physiologique

Myologie oculaire.—Ce cours comporte une étude approfondie de l'appareil moteur oculaire. Il porte aussi sur la correction des différentes anomalies du système musculaire de l'œil.

Histoire de l'optométrie.—Ce cours comprend quelques leçons théoriques, et passe en revue la situation de l'opticien et de l'optométriste dans les diverses civilisations du Moyen-Age et des temps modernes. Une attention particulière est portée à l'histoire de l'optométrie dans la province de Québec.

Déontologie et jurisprudence optométrique.—Il sera donné quelques leçons pratiques et intéressantes sur ces sujets. Le conférencier traitera des devoirs professionnels et moraux de l'optométriste, de sa responsabilité et de ses privilèges, en vertu de la coutume et de la loi. Considérations sur les lois de l'optométrie.

Réfraction oculaire.—Sous la surveillance du professeur, les élèves examinent la réfraction de l'œil, ils doivent être en mesure de déterminer le vice de réfraction et prescrire l'ordonnance pour corriger ce vice.

Clinique.—L'enseignement clinique étant le but final de tout l'entraînement scientifique des élèves, cet enseignement sera poussé aussi loin que possible, en utilisant toutes les ressources dont dispose l'Ecole. Une clinique modèle où les patients sont reçus avec empressement et courtoisie, facilite le travail des élèves.

Neutralisation et décentration.—Ce cours essentiellement pratique est donné aux élèves de deuxième année. Il comprend une étude approfondie de la neutralisation et de la décentration des différents verres correcteurs employés en optométrie. Ce cours est accompagné de démonstrations explicatives données par le professeur.

Surfaçage.—Cet enseignement consiste en travaux de laboratoire et comprend la manipulation de toutes les substances employées en prothèse, l'éducation et l'emploi des divers matériaux nécessaires au surfaçage du verre optique. Chaque élève est tenu de faire une série de travaux variés. Les étudiants ont à leur disposition un laboratoire parfaitement outillé.

Laboratoire.—Ce cours comprend l'étude pratique des diverses opérations du laboratoire, détermination et vérification de la puissance, de l'axe, et du centre optique des lentilles.

Traçage, découpage, aplatissage et montage des verres.

L'usage et l'emploi du sphéromètre, du focomètre, de la tournette, de la meule et de la perceuse.

Hygiène.—Ce cours comporte non seulement l'étude de la prophylaxie des maladies, mais aussi l'enseignement des moyens propres à nous assurer le meilleur rendement de l'organisme compatible avec le minimum d'usure. Ainsi étendue, l'hygiène a pour base la physiologie dont elle est l'application pratique.

Myologie.—L'enseignement de cette matière comprend quelques leçons sur cette partie de l'anatomie qui traitent des différents muscles.

Dissection.—La dissection, qui sera enseignée en deuxième année, servira de démonstration au cours d'anatomie théorique. Chaque séance de dissection est précédée d'une conférence démonstrative par le professeur sur la région à disséquer.

PERSONNEL ENSEIGNANT

Optométrie théorique.—Alphonse Phaneuf, O.D., professeur titulaire.
Optique théorique.—Lorenzo Favreau, O.D., professeur titulaire.
Anatomie.—Georges Monfette, M.D., professeur agrégé.
Optique physiologique.—J.-Armand Messier, O.D., professeur titulaire; J.-Marie Thuot, B.A., L.Ph. B.O., professeur assistant.
Optique physique.—E.-Henri Côté, O.D., professeur titulaire.
Pathologie.—Georges Monfette, M.D., professeur agrégé.
Optométrie pratique.—J.-Armand Messier, O.D., professeur titulaire.
Physiologie.—Georges Monfette, M.D., professeur agrégé.
Optique géométrique.—E.-Henri Côté, O.D., professeur titulaire.
Histoire de l'Optométrie.—J.-Paul Mantha, B.O., professeur assistant.
Hygiène.—Georges Monfette, M.D., professeur agrégé.
Philosophie.—Augustin Bédard, P.S.S., D.Th., D.Ph., professeur à titre auxiliaire.
Biologie.—Gérard Gardner, L. ès S.N., professeur agrégé.
Physique.—Joseph Demers, B.A., L. ès S., professeur agrégé.
Mathématiques.—Abel Gauthier, L. ès S.Ph., chargé de cours.
Dessin.—Joseph Saint-Charles, chargé de cours.
Chimie.—Lionel Lemay, M.Sc., chargé de cours.

CLINICIENS

Clinique d'optométrie.—Alphonse Phaneuf, O.D.; J.-Armand Messier, O.D.
Laboratoire d'optique.—Lorenzo Favreau, O.D.; E.-Henri Côté, O.D.
Clinique d'ophtalmologie.—Georges Monfette, M.D.
Orthoptique.—J.-Armand Messier, O.D.

PROFESSEUR HONORAIRE

Optométrie et optique.—Alfred Mignot, O.D.

ANCIENS PROFESSEURS

Rodrigue Carrière, décédé en 1934; Maurice deMeslé, décédé en 1934; Alfred Foucher, M.D.; Lucien Gélinas, M.D.; A.-L. Guertin, M.D.; Alfred Mignot, O.D.; Patrick Mount, O.D., décédé en 1914; Jean-L. Rochon, B.O.; W. H. Walsh, O.D., décédé en 1929.

Ceci me permet d'affirmer que l'optométriste est parfaitement qualifié et rend service à la communauté. D'ailleurs l'optométrie est officiellement reconnue dans la province par un Statut qui date de 1904, soit depuis 39 ans.

QU'EST-CE QUE LE COLLÈGE DES OPTOMÉTRISTES ET OPTICIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Fondé en 1910, le Collège des Optométristes et Opticiens de la province de Québec a succession perpétuelle et possède tous les pouvoirs conférés aux corporations civiles par les lois de la province. Il est composé de tous les optométristes, sans exception, qui pratiquent leur profession dans la province et de tous ceux qui dans l'avenir auront suivi les cours et subi avec succès les examens requis par la loi, il y a actuellement 265 membres en pratique active.

Acune personne n'est autorisée à pratiquer l'optométrie dans la province de Québec, à moins qu'elle n'ait d'abord obtenu son baccalauréat en optométrie et en plus une licence du Conseil du Collège des Optométristes et Opticiens de la province de Québec (c'est l'article 18 du Statut cité tantôt).

En conséquence le président et les huit gouverneurs élus sont revêtus de l'autorité nécessaire pour parler au nom de tous les optométristes du Québec.

A l'instar du Collège des Médecins-Chirurgiens et du Collège des Chirurgiens-Dentistes de la province de Québec, notre Collège a un contrôle absolu sur les membres pratiquants et voit en plus à faire observer la loi provinciale qui a décrété qu'aucune personne ne peut pratiquer l'optométrie sans licence. Exception est faite cependant pour les médecins dûment autorisés à pratiquer la médecine en vertu des lois de cette province. (Article 47, chapitre 274, Statuts Refondus de la province de Québec, 1941.)

Il ressort de cette exception que deux corps professionnels dans la province de Québec sont autorisés, en vertu d'une loi spéciale, à faire l'examen de la vue et à prescrire des verres ophtalmiques pour corriger les anomalies visuelles.

Cependant, dans l'avant-projet de loi sur l'assurance-maladie on ne fait aucunement mention de l'optométriste. Il s'ensuit donc qu'il y aurait discrimination si on permettait à un corps professionnel de faire de l'optométrie dans le cadre du projet de l'assurance-maladie et qu'on le refusât à l'autre. De plus, vu le nombre excessivement restreint des médecins qui sont spécialisés dans cette branche, il sera impossible à ces derniers de suffire à la tâche.

LE RÔLE DE L'OPTOMÉTRISTE DANS LE PLAN DE L'ASSURANCE-MALADIE

Tous reconnaissent que l'écolier, l'ouvrier, l'industriel et le professionnel ont besoin d'une bonne vision binoculaire pour remplir efficacement leur rôle. Or, les statistiques semi-officielles démontrent qu'un pourcentage très élevé de la population doit nécessairement subir à des intervalles, variant de six mois à trois ans, un examen de la vue, soit pour une vérification de l'état visuel, ou soit pour un changement à apporter à la correction visuelle.

Dans la province de Québec ce travail est fait par 265 optométristes et un certain nombre de médecins spécialistes connus comme oculistes ou ophtalmologistes.

Etant donné qu'une très grande partie du public consulte l'optométriste pour l'examen de la vue il semble juste d'accorder à ce professionnel dans le domaine qui lui est propre, dans le plan de l'assurance-maladie le droit de pratiquer sa profession au bénéfice de la masse qui se confie à lui régulièrement depuis 39 ans.

Nous n'avons pas étudié à fond le côté accessoire de la profession, soit la lunette , et nous n'avons aucune recommandation à faire présentement à ce sujet. La raison en est que, dans le projet de loi de l'assurance-maladie, on prétend que la cotisation fixée à $26 par année est insuffisante pour couvrir tous les soins dentaires des adultes comme des enfants. Il semble donc à première vue que, si les cotisations ne sont pas suffisantes pour couvrir tous les frais dentaires, qu'elles le soient encore moins pour les frais de lunetterie. Cependant le docteur P. C. Routley, secrétaire général de la *Canadian Medical Association* a suggéré dans son mémoire présenté ici le 6 avril dernier (et je cite son texte tiré des témoignages et procès-verbaux de ce jour en page 146, section G, il dit que) "Tous accessoires tels que *lunettes,* béquilles, jambes artificielles, etc., devraient être disponibles quand la chose est raisonnable ou qu'elle est autorisée."

Toutefois si votre Comité jugeait qu'il serait à propos d'étudier plus profondément ce point, je puis l'assurer à l'avance de l'entière collaboration du Collège des Optométristes et Opticiens de la province de Québec ainsi que de l'Ecole d'Optométrie que j'ai bien l'honneur de représenter aujourd'hui.

Pour l'instant, étant donné que le projet de loi de l'assurance-maladie ne contemple pas devoir fournir la lunette aux assurés, je ne ferai des recommandations qu'en ce qui concerne l'examen de la vue.

Le Collège et l'Ecole susmentionnés suggèrent, par mon entremise:

1. Que les optométristes soient représentés, tant au provincial qu'au fédéral, au sein des comités ou des commissions qui feront fonctionner les rouages de la loi de l'assurance-maladie.

2. Que la prise de l'acuité visuelle des enfants fréquentant les écoles soit rendue obligatoire.

3. Que dans ce travail de dépistage des défectuosités visuelles on retienne les services des optométristes.

4. Que des cliniques soient établies dans différents centres de la province pour l'examen de la vue et la fourniture de lunettes, à titre gratuit, aux enfants dont les parents ne gagnent pas suffisamment pour payer la cotisation exigée en vertu de la loi.

5. Que les personnes assurées soient libres de choisir l'optométriste ou le médecin réfractionniste pour l'examen de leurs yeux.

6. Que tout optométriste du Québec en règle avec notre Collège soit éligible à pratiquer en vertu du plan d'assurance-maladie.

7. Que les honoraires consentis aux optométristes pour l'examen de la vue soient fixés par un groupe représentatif de la profession en accord avec un comité du département de la santé nationale ou de la commission de l'assurance-maladie.

Comme conclusion il faut convenir que dans un projet d'assurance-maladie de l'envergure de celui que l'on veut instituer, des mesures doivent être prises pour que l'assuré puisse confier l'examen de sa vue tant à l'optométriste qu'au médecin spécialiste.

Le tout respectueusement soumis au nom du Collège des Optométristes et Opticiens de la province de Québec, et de l'Ecole d'Optométrie affiliée à l'Université de Montréal, par J.-H.-Lionel Hébert, secrétaire dudit Collège des Optométristes et Opticiens de la province de Québec.

(Traduction)

Le PRÉSIDENT: A-t-on des questions à poser?

M. CÔTÉ: Si je comprends bien, monsieur le président, M. McClung, président de la *Canadian Association of Optometrists*, a mentionné que l'Association avait préparé, à l'intention du Comité, un mémoire qui n'a pas encore été présenté. Je suppose qu'il est trop long pour être présenté maintenant.

Le PRÉSIDENT: Je l'ai ici. J'ai déclaré qu'il serait consigné au compte rendu. Avez-vous des commentaires à faire au sujet de ce mémoire, monsieur McClung?

M McCLUNG: Ce mémoire a été préparé par M. Bind, notre secrétaire, qui demeure à Toronto, et qui est beaucoup plus en contact avec Ottawa que je ne le suis moi-même vu que j'habite Regina. La tâche de préparer ce mémoire lui a été confiée parce qu'il se tenait en communication avec le ministère et le docteur Heagerty. Nous aurions aimé pouvoir le lire, mais nous nous en rapportons à votre décision. L'exemplaire de M. Bind est le mémoire officiel de l'Association canadienne.

Le PRÉSIDENT: Y a-t-il une partie de ce mémoire sur laquelle vous aimeriez insister particulièrement?

M. McCLUNG: Je vais conférer avec M. Bind.

Le PRÉSIDENT: M. Bind sera-t-il plus tard à la disposition du Comité s'il est nécessaire de le consulter?

M. E. BIND: Je me tiendrai à votre disposition avec plaisir.

M. MCCLUNG: Il demeure à Toronto et sur un simple avis je suis certain qu'il viendra pour conférer avec vous.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Bind; y a-t-il un point sur lequel vous désireriez insister?

M. BIND: Je tiens à faire remarquer que j'ai mentionné vos propres témoins dans ce mémoire. J'ai donné des extraits du rapport du docteur Marsh ainsi que des extraits de celui de sir William Beveridge. J'aimerais faire remarquer que la prestation ophtalmique, que la loi anglaise mentionne comme prestation additionnelle, se chiffre à une somme considérable. Annuellement, elle atteint quelque £630,000 en honoraires d'examens seulement, sans tenir compte du coût des verres. J'aimerais aussi citer l'extrait suivant du rapport de sir William Beveridge:

> Une proportion très considérable des surplus d'évaluation appliqués aux prestations de traitements, dans le passé, a été accordée pour pourvoir au traitement dentaire et au traitement ophtalmique, d'où reconnaissance de la nécessité de ces services; c'est ce qui a porté toutes les associations des sociétés approuvées, témoignant devant le comité, à recommander que ces formes particulières de traitement soient à la disposition des personnes assurées.

Ce point est souligné dans deux ou trois paragraphes que j'ai cités dans le mémoire. Nous avons élaboré, de plus, une sorte de projet qui pourrait être utilisé. Nous y avons intercalé le projet de loi en ayant soin d'insérer les mots que nous avons jugés nécessaires. Nous ne voudrions pas que le projet de loi soit adopté tel qu'il est sans faire mention des prestations ophtalmiques ou optométriques.

Le PRÉSIDENT: A la page 6, vous faites certaines suggestions concernant les changements à apporter au projet de loi?

M. BIND: Oui.

M. CÔTÉ: Monsieur le président, je désirerais savoir de M. Hébert si, dans la province de Québec, les optométristes sont reconnus comme tels dans les hôpitaux publics, et dans quelle mesure ils donnent leurs soins aux malades hospitalisés?

Le TÉMOIN: Dans la province de Québec, les optométristes font du travail de réfraction dans cinq hôpitaux, savoir: Notre-Dame, St-Luc, Ste-Jeanne d'Arc, l'hôpital de Verdun et l'Hôtel-Dieu.

M. BLANCHETTE: Ces hôpitaux se trouvent-ils tous dans la cité de Montréal?

Le TÉMOIN: Oui, ils se trouvent tous dans la cité de Montréal.

Le PRÉSIDENT: D'autres questions à poser?

M. ROEBUCK: Je désirerais savoir de M. Hébert si le mot "optométrie", à l'article 27—avez-vous le projet de loi devant vous? Prenez l'article auquel le docteur McCann a fait allusion (article 27); le docteur McCann a déclaré qu'il n'y avait rien à craindre car le paragraphe 3 de l'article 27 dit:

> (3) Les prestations mentionnées au paragraphe qui précède comprennent les procédés particuliers et techniques et les services auxiliaires susceptibles d'être prescrits et qui peuvent, en conformité des règlements d'exécution de la présente loi, être jugés nécessaires, pour rendre lesdites prestations en vigueur dans le cas d'un assuré.

Le paragraphe 2 du même article se lit ainsi:

> (2) Pour les fins de la présente loi, les prestations mentionnées au dernier paragraphe doivent être administrées sous les rubriques suivantes, savoir:

(*a*) Prestations médicales, chirurgicales et obstétricales.
(*b*) Prestations dentaires.
(*c*) Prestations pharmaceutiques.
(*d*) Prestations hospitalières.
(*e*) Services de gardes-malades.

C'est-à-dire qu'une personne qui désire avoir des accessoires dentaires ou pharmaceutiques peut les avoir à la discrétion du président de la Commission, mais si elle désire avoir des prestations optométriques, l'optométrie étant un service auxiliaire, il faut qu'elle voie un médecin et que l'optométrie soit prescrite. C'est la manière dont j'entends le projet de loi. Les optométristes seraient-ils satisfaits si après "(*e*) Services de gardes-malades", ou ailleurs dans la même nomenclature, on ajoutait "(*f*) Prestations optométriques", sur la même base que les prestations médicales, chirurgicales et obstétricales, les prestations dentaires, les prestations pharmaceutiques, les prestations hospitalières et les services de gardes-malades?

Le TÉMOIN: Nous en serions satisfaits.

M. BIND: Puis-je faire remarquer à ce sujet qu'en plusieurs endroits, il faudra insérer le mot optométrie pour que le projet de loi soit conforme à la modification que M. Roebuck vient de suggérer.

M. CÔTÉ: Je désirerais poser une question à M. McClung. On nous a dit qu'il n'y avait pas suffisamment d'ophtalmologistes pour répondre convenablement à la demande d'examens de réfraction; je désirerais savoir jusqu'à quel point les optométristes sont nécessaires en matière visuelle, vu la rareté de ces médecins spécialistes; quelles sont leurs relations avec les ophtalmologistes, les spécialistes des yeux, et comment s'entendent-ils avec eux?

M. MCCLUNG: Vous avez demandé d'abord quelle était la proportion des gens qui consultaient les optométristes (pour résumer) par rapport aux autres services de réfraction. Je crois que le *Public Vision Institute*, qui est un institut non commercial aux Etats-Unis, a recueilli des chiffres qui indiquent que 70 p. 100 des gens qui requièrent des soins d'optique consultent les optométristes.

Votre seconde question avait trait à la coopération à laquelle on pouvait s'attendre de la profession médicale. Il me fait plaisir de vous dire que je suis en excellents termes avec tous mes amis médecins qui s'occupent de réfraction. De fait, avant de partir de chez moi pour venir ici, j'ai demandé à un médecin qui s'occupe de réfraction, le docteur McMurtry, de s'occuper de mes travaux d'urgence, ce qu'il a accepté. Je sais que dans de nombreux endroits du pays, il nous fait plaisir de le signaler, la profession médicale, le praticien général, reconnaît l'optométrie comme une branche de la science très qualifiée pour prendre soin des malades. Malheureusement, comme dans la plupart des professions, il se trouve, tant chez les optométristes que chez les médecins, des gens qui ne voient rien d'autre que leur profession. Nous voudrions que la loi soit rédigée de façon que nous ne nous sentions pas soumis à cette classe de gens; je ne veux pas dire les praticiens généraux, mais bien ceux qui, à l'instar de quelques-uns d'entre nous, sont trop fortement prévenus contre nous.

M. CÔTÉ: Pourriez-vous nous dire quelle assistance l'Ecole d'optométrie, qui est affiliée à l'Université de Montréal, reçoit de la part des ophtalmologistes ou des médecins pour la formation des futurs optométristes?

M. HÉBERT: Le professeur d'ophtalmologie à l'Ecole d'optométrie de Montréal, est le docteur Monfette, chef du service d'ophtalmologie. Il enseigne l'anatomie, la physiologie, la pathologie oculaire et l'otologie.

M. CÔTÉ: La profession médicale a-t-elle coopéré depuis longtemps avec vous dans la formation des élèves?

M. HÉBERT: Depuis trente-cinq ans.

M. ROEBUCK: J'aimerais entendre le docteur Fisher, d'Ontario, à ce sujet. Il fait partie du personnel enseignant du collège d'Ontario.

M. FISHER: Nous nous entendons très bien avec nos amis de Montréal. Notre personnel comprend un médecin qui enseigne la neurologie et nous recevons une excellente coopération de la part de l'Université de Toronto pour nos services de physiologie et d'anatomie, et de la part des médecins qui enseignent à nos élèves.

M. J. G. FOGO: Au nom du bureau des examinateurs d'optométrie de la Nouvelle-Ecosse, me serait-il permis de dire que nous appuyons les déclarations faites ici aujourd'hui?

Le PRÉSIDENT: Au nom du Comité, je tiens à remercier les optométristes que nous avons entendus ce matin.

M. CÔTÉ: M. W. J. Maxwell, secrétaire de l'Association d'optométrie du Nouveau-Brunswick est ici et il représente également les associations de la Nouvelle-Ecosse et de l'Ile du Prince-Edouard. Il y a aussi M. F. Nuttall, secrétaire-trésorier de l'Association de l'Alberta, M. D. A. McGuire, de l'Association des optométristes du Manitoba et M. A. Mignot, vice-président de l'Association canadienne des optométristes et président du collège des optométristes. Tous appuient les vues exprimées dans les mémoires qui ont été présentés ce matin.

M. HÉBERT: Je n'ai rien à ajouter, sauf que nous considérons que notre cause est entre bonnes mains et que nous nous attendons à avoir plus de protection, étant donné que chaque province du Canada reconnaît nos talents. Nous nous affirmons davantage chaque année dans la confiance des législatures et chaque province au Canada vient en aide à l'optométrie, chacune dans son territoire. Par conséquent, nous sommes heureux de placer notre cause entre vos mains. Chaque province du Canada a dans ses statuts de la législation concernant l'optométrie. En réponse à la question de M. Côté qui désirait savoir si des optométristes pratiquaient dans les hôpitaux, je puis dire qu'ils exercent leur profession dans les cinq hôpitaux suivants: Notre-Dame, Ste-Jeanne d'Arc, Verdun, St-Luc et l'Hôtel-Dieu.

Le PRÉSIDENT: Je vous remercie tous, messieurs, pour la présentation de vos mémoires. Nous allons maintenant nous ajourner jusqu'à vendredi prochain.

Le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le vendredi 4 juin 1943, à 11 heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL D'ENQUÊTE

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule nº 17

SÉANCE DU VENDREDI 4 JUIN 1943

TÉMOINS:

M. John S. Burton, scrétaire et avocat du *Dominion Council of Chiropractors.*

Le docteur Walter Sturdy, de Vancouver, président du *Dominion Council of Chiropractors.*

Le docteur J. S. Clubine, secrétaire-trésorier du *Dominion Council of Chiropractors.*

Le docteur A. W. Macfie, secrétaire-trésorier du *Board of Regents of Ontario for Drugless Practitioners.*

Le docteur Detweler, président du *Board of Regents of Ontario for Drugless Practitioners.*

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le VENDREDI 4 juin 1943.

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, Bruce, Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Cleaver, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Hatfield, Hurtubise, Leclerc, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGarry, McGregor, Mayhew, Picard, Veniot et Warren—23.

Le président donne lecture d'un télégramme par lequel l'Association des anciens élèves du Collège d'optométrie d'Ontario approuve le mémoire présenté par le Bureau des examinateurs d'optométrie. Ce télégramme porte la signature du secrétaire, W. H. Landon.

Il est ordonné qu'un exposé contenant des renseignements supplémentaires sur les maladies vénériennes, et présenté par le docteur Gordon Bates, directeur de la *Health League of Canada*, soit imprimé comme Appendice "A" aux témoignages de ce jour.

Il est ordonné qu'un mémoire communiqué au Comité par le *Human Adjustment Institute*, par l'entremise de M. MacInnis, député, soit imprimé comme Appendice "B" aux témoignages de ce jour.

M. Mayhew propose que le Comité suspende l'audition des témoins pour étudier la question des pensions de vieillesse. Le président demande que cette étude soit différée, vu que le programme des auditions de témoins est déjà établi. M. Mayhew y consent.

M. Roebuck, député, ayant exprimé le désir d'obtenir un rendez-vous pour entendre les témoins, il est informé que la question relève du comité du programme.

M. John S. Burton, secrétaire et avocat du *Dominion Council of Chiropractors*, est appelé. Il présente les personnes suivantes:

Le docteur Walter Sturdy, de Vancouver, président de la *Canadian Chiropractors Association;*

Le docteur J. A. Schnick, de Hamilton, vice-président de la *Canadian Chiropractors Association;*

Le docteur J. S. Clubine, de Toronto, secrétaire-trésorier de la *Canadian Chiropractors Association.*

M. Burton présente ensuite un mémoire et est interrogé par les membres du Comité.

Les docteurs Sturdy et Clubine sont aussi appelés et interrogés.

Les témoins se retirent.

L'attention du Comité est appelée sur une erreur qui s'est glissée dans le témoignage rendu par le docteur J. J. Heagerty le 30 mars. A la page 118, ligne 21, de la version anglaise, l'expression "ancillary services" devrait être substituée à l'expression "auxiliary services".

Le docteur A. W. Macfie, secrétaire-trésorier du Conseil des régisseurs chargé d'appliquer, dans l'Ontario, le *Drugless Practitioners Act,* est appelé.

Il présente le président de cet organisme.

Le docteur Detweler, qui a présenté un mémoire, est interrogé et se retire.

Le président remercie tous les témoins dont la déposition a été recueillie ce jour.

A une heure de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mardi 8 juin, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 4 juin 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Avant que nous interrogions les témoins, je voudrais, avec votre permission, verser au compte rendu deux ou trois documents. Le premier est un télégramme qui se lit comme suit:

> Le bureau de l'Associaiton des anciens élèves du Collège d'Optométrie de l'Ontario, représentant les diplômés du Collège répandus dans tous le pays, recommande respectueusement à votre considération la plus sérieuse le mémoire soumis par le Bureau d'examen des Optométristes de la province d'Ontario.
>
> *Le secrétaire,*
> W. H. LANDON.

En d'autres termes, ils se prononcent en faveur du mémoire.

Il y a, au sujet du programme d'éducation soumis par le docteur Bates, des renseignements additionnels sur les maladies vénériennes qui n'étaient pas disponibles lors de la présentation du mémoire. Ce document contient des statistiques intéressantes et avec votre permission il figurera au compte rendu. (Appendice "A".)

Il y a aussi un mémoire du *Human Adjustment Institute* de Vancouver. C'est un document très intéressant, transmis à M. MacInnis, membre du Comité, pour être présenté. Désirez-vous, monsieur MacInnis, que ce mémoire figure au compte rendu comme ayant été lu?

M. MACINNIS: Oui. (Appendice "B".)

Le PRÉSIDENT: Monsieur Mayhew, avez-vous une déclaration à faire?

M. MAYHEW: Monsieur le président, je voudrais suggérer quelque chose au Comité. Mais avant cela, je tiens à garantir au Comité que ce n'est pas dans le but de retarder le travail ni de restreindre le nombre des témoins qui seront convoqués. Jusqu'à présent, je crois que nous avons rassemblé beaucoup de renseignements qui seront très utiles non seulement pour l'étude dont nous nous occupons, mais aussi pour consultation future. Je suis sûr que tout le monde apprécie la manière générale de procéder du Comité; ceux qui ont lu l'article publié par le *New York Times* vendredi dernier, constatent que notre façon d'agir est appréciée, du moins par ce journal. Nous avons toutefois au pays, à l'heure actuelle, un assez grand nombre de personnes âgées qui, à mon avis, n'ont pas tout le nécessaire. Plusieurs sont dans une situation pénible et je crois qu'il serait possible et juste de suspendre l'étude de certains autres points pour nous occuper des vieillards pensionnés, afin de constater s'ils touchent un montant suffisant. Cela me semble être du domaine de notre ordre de renvoi, monsieur le président, et j'aimerais que nous nous en occupions.

Le PRÉSIDENT: Merci. Je ne suis pas sûr que la question ressortisse à l'ordre de renvoi, mais nous pourrions peut-être la rattacher au dernier membre de phrase du renvoi: "...et de tous les autres sujets connexes." C'est là votre manière de voir, n'est-ce pas?

M. MAYHEW: Oui.

Ie PRÉSIDENT: "...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."

M. MAYHEW: Oui.

Le PRÉSIDENT: Cela me semble une bonne interprétation. Voici la difficulté: nous nous sommes engagés avec des associations et des particuliers pour entendre leurs représentations le plus tôt possible. Ils ont été avisés de la date où ils seront censés comparaître, et le Comité, si je ne me trompe, apprécierait que vous puissiez retarder l'étude de cette question jusqu'à ce que ces engagements aient été remplis.

M. MAYHEW: J'accepte cette explication, monsieur le président.

M. ROEBUCK: Monsieur le président...

Le PRÉSIDENT: A l'ordre, s'il vous plaît. Le Comité désire-t-il entendre M. Roebuck, qui n'est pas membre du Comité?

M. MACINNIS: J'aimerais savoir pourquoi il veut parler.

Le PRÉSIDENT: Quel est l'objet de votre intervention?

M. ROEBUCK: Je désire m'informer d'une assignation que j'avais demandée.

Le PRÉSIDENT: Vous pourrez discuter cela plus tard avec le secrétaire.

M. ROEBUCK: Est-ce là toute l'attention que je reçois du Comité?

M. MACINNIS: Il y a un comité du programme et, à mon sens, toutes les questions de ce genre devraient lui être soumises. Si nous entendons M. Roebuck, il nous faudra entendre tous ceux qui se présenteront devant nous et cela dérangera sûrement l'agenda. Je ne vois pas d'inconvénient à entendre tous ceux qui se présentent devant le Comité, mais leur comparution devra être décidée d'avance.

Le PRÉSIDENT: Je suggère que la question soit signalée au secrétaire, qui la déférera au comité du programme.

M. ROEBUCK: Je vous ai déjà écrit trois fois et je n'ai pas eu de réponse.

Le PRÉSIDENT: Je croyais que vous en aviez causé avec le secrétaire.

M. ROEBUCK: Je vous ai écrit trois fois et vous ne m'avez pas donné de réponse précise. Je présume que vous ne tenez pas à entendre cette organisation.

Le PRÉSIDENT: Cette interprétation est tout à fait erronée. Nous n'avons refusé aucune organisation ni aucun particulier représentant une organisation avantageusement connue. Comme je l'ai dit tantôt, nous avons pris des engagements et dès que nous les aurons tenus, nous essaierons d'entendre le plus de témoins possible. C'est le mieux que nous puissions faire dans les circonstances. Actuellement, nous ne pouvons pas assigner de date précise pour entendre qui que ce soit avant le 15 juin. Ce ne serait pas possible, vu les engagements que nous avons pris.

M. ROEBUCK: Vous auriez pu me donner cette réponse par lettre.

M. CLEAVER: Nous pourrions peut-être dire à ces sociétés qui désirent être entendues qu'avant la fin des travaux du Comité tout ceux qui représentent une organisation avantageusement connue seront entendus. Sûrement que si leurs représentants sont assez intéressés pour venir à Ottawa à leurs propres frais et s'ils désirent prendre part à nos travaux, nous pourrons les entendre.

Quant aux engagements que nous avons pris, je crois que nous devons y faire honneur, quitte à dire aux autres organisations quand nous les entendrons.

Le PRÉSIDENT: Oui, c'est ce que nous allons faire.

M. ROEBUCK: Vous ne vous seriez pas fait de mal, monsieur le président, en disant cela.

Le PRÉSIDENT: Ce matin, nous devons entendre les représentants du *Dominion Council of Chiropractors*. M. Burton, le secrétaire, présentera ses collègues et lira le mémoire.

Monsieur Burton, s'il vous plaît.

M. JOHN S. BURTON, avocat du *Dominion Council of Chiropactors*, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, madame Casselman, honorable monsieur Mackenzie, messieurs les membres du Comité, je désire tout d'abord vous présenter le docteur Walter Sturdy, de Vancouver, le président de la *Canadian Chiropractors Association*, le docteur J. A. Schnick, d'Hamilton, qui en est le vice-président, et le docteur J. S. Clubine, de Toronto, qui en est le secrétaire-trésorier. Au cours de l'interrogatoire, on posera peut-être des questions techniques et je demande, monsieur le président, le privilège de faire répondre les témoins qui m'accompagnent aux questions qui, à mon avis, sont particulièrement de leur domaine.

Au nom du *Dominion Council of Canadian Chiropractors*, je tiens à dire que nous apprécions hautement cette occasion qui nous est offerte de comparaître devant votre Comité pour présenter notre mémoire. Je suis ici à titre de secrétaire général et d'avocat de cette association, qui représente les chiropraticiens du Canada.

Nous approuvons le principe de l'assurance-maladie qui, à nos yeux, veut dire que la population du Canada doit recevoir, au point de vue santé, la plus grande protection possible. Une telle loi devrait reposer sur un fondement solide et protéger également ceux qui administrent les soins aussi bien que ceux qui contribuent et participent aux avantages. Nous prétendons que l'assurance-maladie méconnaît ce principe fondamental en ce sens qu'elle ne comporte pas la reconnaissance de la chiropratique ni d'aucune autre arganisation que celle de la médecine orthodoxe. Nous prétendons que la chiropratique, qui est dans l'univers la deuxième profession, par ordre d'importance, ayant la santé pour objet, a droit d'être placée sur le même pied que la médecine orthodoxe, dans la loi, afin que le public du Canada ait le droit de se guérir par la méthode de son choix. Voilà un droit élémentaire qui appartient à tous, comme nous le démontrons dans notre mémoire. Les citoyens du pays exigeront et exigent déjà la reconnaissance de ce droit. Les contributeurs, croyons-nous, ne se contenteront pas d'accepter les prestations prévues, mais ils insisteront sur une liberté absolue dans le choix d'un praticien de l'art de guérir.

En outre, en prescrivant que les présidents du Conseil national et des commissions provinciales seront des médecins et seront les seuls membres salariés, et en assurant la prépondérance des médecins dans le conseil et les commissions, la loi établit une dictature médicale complète et le monopole des médecins. Nous demandons donc une représentation suffisante dans ces organismes.

Nos allégations peuvent se grouper sous les rubriques suivantes:

1. La chiropratique est une profession établie et reconnue au Canada.
2. Les études de la formation des chiropraticiens les rendent capables de traiter les maladies, les défectuosités 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 inouis dans le traitement des maladies et dans la proportion des guérisons.

6. La chiropratique est la meilleure médecine préventive.

7. Cet art ne saurait être un "service auxiliaire".

Pour bien faire comprendre notre cas et donner une bonne idée de notre position, il est nécessaire de vous exposer brièvement tout d'abord la situation dans laquelle le projet de loi place la chiropratique, et la philosophie et la théorie de cet art.

LA SITUATION DE LA CHIROPRATIQUE SOUS LE RÉGIME DU PROJET DE LOI

Comme vous le savez très bien, la loi fédérale déférée à votre Comité ne contient aucune disposition pour assurer aux chiropraticiens des représentants auprès du Conseil national de l'assurance-maladie. La majorité, comme vous l'a fait remarquer M. P. R. Bengough le 18 mai 1943 (Témoignages, page 345), sera entre les mains de la profession médicale et cela malgré l'exercice très répandu de la chiropratique au Canada de nos jours. Les commissions d'assurance-maladie provinciales sont également organisées pour exclure les chiropraticiens. A condition de se conformer à certaines règles, les neuf provinces du Canada auront le droit d'inaugurer l'assurance-maladie, de recevoir des subventions du gouvernement fédéral et d'administrer les prestations selon le projet de loi présenté par ce gouvernement. Bien qu'il soit possible à une province d'accorder d'autres prestations que celles mentionnées dans la loi, cela sera toutefois assez difficile et le gouvernement fédéral ne le verra pas d'un très bon œil, attendu que ces prestations sont énumérées en détail dans les lois provinciales et comprennent soins médicaux, chirurgicaux, dentaires, pharmaceutiques, hospitaliers, de gardes-malades et "les services auxiliaires susceptibles d'être prescrits". Tous les témoignages jusqu'à ce jour prouvent abondamment qu'il n'existe aucune disposition pour inclure la chiropratique, mais, comme l'a fait remarquer le docteur Heagerty le 30 mars 1943 (page 122), ces services pourraient être classés comme "auxiliaires". A cela, en tant que gardiens de la santé d'un grand nombre de Canadiens, nous nous opposons vigoureusement.

QU'EST-CE QUE LA CHIROPRATIQUE?

La chiropratique a été découverte en 1895 par feu le docteur D. D. Palmer, né à Port Perry, à une cinquantaine de milles de Toronto. Ayant mis ses théories au point, le docteur Palmer fonda, en 1903, le premier collège de chiropratique à Davenport, Iowa.

La chiropratique est un système de guérison basé sur le principe de cause et effet. La maladie est toujours considérée comme le résultat ou l'effet d'une série de changements qui se produisent dans le corps à la suite d'une cause primaire. Les chiropraticiens considèrent le corps humain dans toutes ses parties—quand il est en bonne santé—comme un organisme parfaitement équilibré à travers lequel fonctionne l'intelligence innée ou la force vitale, qui maintient l'harmonie et la santé dans toutes les parties.

Comme preuve de cette définition, permettez-moi de citer ce passage de l'Anatomie de Gray, 22e édition 1935, page 867, dans l'introduction sur la neurologie: "Le système nerveux est le mécanisme qui permet à toutes les formes animales, sauf les plus basses, de réagir aux actions extérieures. En outre, le système nerveux dirige et régularise l'action de tous les autres systèmes du corps et détermine leur collaboration harmonieuse au profit de l'ensemble de l'organisme."

C'est une vérité anatomique que le cerveau, qui est contenu dans une boîte osseuse merveilleusement protégée, le crâne, est le centre primaire de toute cette intelligence ou force vitale; que la moelle épinière logée à l'intérieur de l'épine dorsale est la continution du mécanisme nerveux qui relie le cerveau à toutes les parties du corps; que la moelle épinière est une chaîne très compliquée de nerfs réflexes et d'embranchements nerveux (centres réflexes, ganglions, associés aux systèmes nerveux sympathiques et parasympathique, etc.) qui servent de centres distributeurs et directeurs des forces vitales allant du cerveau à toutes les parties du corps, directement on indirectement—la moelle épinière est ainsi le trait d'union entre le centre de l'intelligence, le cerveau, et les parties actives du corps, organes, glandes, muscles, sécrétions, etc.; que par suite du fait que l'épine dorsale est également l'échafaudage principal qui soutient toutes les structures du corps et sert en même temps de centre principal de distribution des forces d'intelligence vitale transmises par le cerveau à toutes les parties du corps: par conséquent, les chiropraticiens estiment que l'épine dorsale est le principal endroit où les défauts de transmission de toutes ces forces vitales essentielles sont susceptibles de se produire, surtout au point où les nerfs partent de l'épine dorsale pour se diriger dans toutes les parties du corps (il y a 31 paires de ces nerfs avec presque autant de segments mobiles); que l'épine dorsale, échafaudage qui maintient toutes les structures du corps, doit (nécessairement) s'ajuster à tous les chocs, contre-coups, tensions, accidents, etc., grands ou petits, toute la journée et tous les jours de notre existence, et que si elle ne s'ajuste pas entièrement à tous ces changements, il se produit ce qu'on appelle des subluxations ou légers déplacements qui persistent quelquefois; que si on permet à ces luxations de persister, elles deviennent la cause réelle ou primaire des maladies. Ce raisonnement est clair, attendu que le plus léger défaut dans la transmission de ces délicates forces vitales du cerveau à toutes les parties du corps a pour résultat le mauvais fonctionnement de la partie ou des parties affectées. Nous avons là le commencement de la maladie, dont la phase finale peut consister aussi bien en migraine ou simple rhume qu'en tuberculose ou cancer.

Le chiropraticien guérit le malade en corrigeant ces irrégularités de l'épine dorsale avec ses mains et rend ainsi les nerfs de nouveau capables de transmettre leur charge normale d'énergie vitale; la nature commence immédiatement à restaurer la santé. Nous considérons tout manque d'équilibre entre les parties de la structure humaine comme une cause de maladie, que ce manque d'équilibre soit dans l'épine dorsale ou d'autres parties de l'échafaudage, telles que le sacro-iliaque, les épaules, le coude, les poignets, le genou, les chevilles ou les pieds.

Le fondateur de la chiropratique, le docteur D. D. Palmer, a prouvé la vérité du principe chiropratique lorsqu'il disait: "J'ai calculé que la subluxation très apparente de l'épine dorsale de M. Lillard était probablement la cause de sa surdité; j'ai remis la vertèbre en place et la surdité de M. Lillard a été guérie."

La santé vient de l'intérieur et où la santé existe la maladie ne peut pas pénétrer. C'est en cela que la chiropratique est la plus grande de toutes les méthodes connues de prophylaxie. Elle s'attaque à la cause primaire et les effets disparaissent tout seuls; ils meurent de faim parce qu'ils ne trouvent pas à dévorer les gaspillages du corps dont ils se nourrissent.

En résumé, la chiropratique restaure la santé en remettant les parties de la structure organique dans leur position normale. Elle se contente de laisser le reste à la nature qui est la grande guérisseuse. Comme disait le grand médecin: "J'ai pansé la blessure, mais Dieu l'a guérie." La chiropratique a fait ses preuves dans des millions de cas. Vous ne pouvez pas trouver de meilleure preuve que le fait que la plupart des gens qui s'adressent à nous n'ont pas pu être guérie par les méthodes les plus orthodoxes. On voit là comment un principe convenablement appliqué l'emporte sur les méthodes moins certaines.

Après cette introduction nous sommes maintenant prêts à discuter les raisons pour lesquelles nous estimons que la chiropratique devrait faire partie du plan national d'assurance-maladie.

1. *La position de la chiropratique au Canada de nos jours comme profession établie et reconnue*

Le *Dominion Council of Canadian Chiropractors* se compose de représentants élus par les associations chiropratiques des provinces du Canada. La chiropratique est reconnue par la loi dans quatre provinces, à savoir l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Les chiropraticiens sont au nombre de 571 dans ces provinces sur un total de 667 au Canada. Remarquez que les provinces Maritimes n'en comptent que quinze.

M. McCann:

D. Ont-ils un statut légal dans ces provinces?—R. Non pas encore.

D. Dans quelles provinces n'ont-ils pas de statut légal?—R. Les trois provinces Maritimes, Québec et le Manitoba.

D. Cela fait cinq sur neuf dans lesquelles ils ne sont pas du tout reconnus par la loi?—R. C'est exact, mais trois de ces provinces, comme je l'ai dit, ne comptent que 15 chiropraticiens. Les chiropraticiens des autres provinces sont au nombre de 571 sur 668 en tout au Canada, soit plus des cinq sixièmes du total. Les législatures de ces provinces, après la plus soigneuse investigation et un examen minutieux par des commissions royales, et le reste, ont adopté des lois accordant à la chiropratique le même rang que la médecine dans le traitement du corps humain. Des conseils de chiropraticiens contrôlent la discipline de leurs membres, l'admission des candidats, les honoraires, et exercent une surveillance générale sur la profession.

Par province, les chiropraticiens qui exercent actuellement leur art au Canada sont répartis comme suit:

Colombie-Britannique	72
Alberta	39
Saskatchewan	43
Manitoba	47
Ontario	417
Québec	35
Provinces Maritimes	15
Total	668

Ce chiffre ne comprend pas les 10 ou 15 p. 100 actuellement en service actif.

M. McCann:

D. Puis-je vous poser une question à ce sujet? A quel titre sont-ils en service actif?—R. Avec un fusil sur l'épaule. Ils font partie des forces combattantes.

D. Vous avez donné l'impression qu'ils étaient en service actif comme chiropraticiens.—R. Je ne vois pas comment vous pouvez déduire cela, puisque nous avons essayé, le fait est notoire, de faire entrer les chiropraticiens dans l'armée, à la place qui leur convient, mais que nous n'y avons pas encore réussi.

Il est bon de noter que le docteur Routley, secrétaire général de la *Canadian Medical Association*, dans son témoignage devant ce Comité le 6 avril 1943 (page 140), a dit qu'il y avait environ 10,600 médecins enregistrés au Canada. En d'autres termes, il y a, au Canada, un chiropraticien sur quinze médecins.

Aux Etats-Unis il y en a un sur dix en temps normal, un chiropraticien sur dix médecins dans tout le pays. Dans certains états il y en a même un sur trois. Je crois que c'est en Californie.

Il faut également remarquer que la guerre a fait perdre au Canada un grand nombre de médecins, de sorte que la proportion a considérablement changé. On a dit qu'il n'y avait plus que 7,000 médecins au Canada. J'ai lu l'autre jour dans les journaux que d'après l'hon. colonel Ralston, le service de santé de l'armée comptait environ 3,115 médecins.

Cela veut dire qu'il y a un chiropraticien sur une dizaine de médecins; cependant ce projet de loi dans son état actuel confie entièrement à la profession médicale la santé du peuple canadien et ne reconnaît pas du tout les chiropraticiens.

L'Encyclopédie britannique, édition de 1943, nous dit qu'il y a maintenant environ 18,000 chiropraticiens aux Etats-Unis et au Canada, et qu'aux Etats-Unis ils sont reconnus par la loi dans 42 états sur 48 dans l'état de Columbia, l'Alaska et Hawaii. Quarante-quatre états reconnaissent la chiropratique et un autre est en train d'étudier la question. La chiropratique est exercée dans presque tous les pays du monde et a fait des progrès énormes. L'armée russe donne aux chiropraticiens le rang d'officiers et un Russe éminent m'a dit que des journaux russes faisaient l'éloge des merveilleux services rendus par les chiropraticiens dans l'armée russe pendant la présente guerre; cela comprend les services des chiropraticiens dans les postes de pansement au milieu du champ de bataille.

Nous soutenons donc que la chiropratique est un exercice reconnu et légalisé de l'art de guérir, qu'elle doit, à ce titre, être mise sur le même pied que la médecine orthodoxe, et que ses services doivent être mis à la disposition du public en vertu de l'assurance-maladie. Il n'est pas nécessaire d'examiner ses avantages ou des inconvénients par rapport à la médecine. Chacune exploite son propre domaine. Il ne convient pas plus à un médecin de juger la chiropratique qu'à un chiropraticien de juger la médecine.

2. *Le niveau d'instruction des chiropraticiens*

La *National Chiropractic Association* a approuvé au moins 12 collèges de chiropratique aux Etats-Unis. Ces collèges ont établi un haut degré d'enseignement. Au Canada, pour être admis à pratiquer la chiropratique, un candidat doit posséder la "junior matriculation" provinciale, ou son équivalent. Il doit être diplômé d'un collège de chiropratique reconnu, et le programme établi par le Conseil fédéral comporte quatre années de cours, d'au moins huit mois chacune. En Ontario, il faut quatre années de neuf mois chacune. Le cours de chiropratique donné par ces collèges est très large, et comprend tous les sujets essentiels, tels que l'anatomie, la bactériologie, le diagnostic, etc., aussi bien que la chiropratique, mais l'élève n'apprend pas et n'est pas autorisé à pratiquer la chirurgie, l'ordonnance des remèdes, l'anesthésie, ou la réduction des fractures. Pour obtenir son diplôme, l'élève doit recevoir des notes élevées au moins dans les matières suivantes:

Anatomie (comprenant toutes les branches, anatomie ordinaire, dissection, etc.)
Physiologie
Chimie
Jurisprudence médicale
Pathologie
Psychologie
Ophtalmologie; Oto-rhino-laryngologie
Histologie
Diététique
Diagnostic
Psychiatrie
Gynécologie
Bactériologie
Hygiène et questions sanitaires
Symptomatologie
Obstétrique
Règles de pratique
Technique et traitement chiropratiques

Une fois diplômé, l'élève doit passer des examens devant des commissions provinciales, sur la plupart de ces matières, sinon toutes, et démontrer, par voie d'épreuves pratiques et de démonstrations, son aptitude à pratiquer la profession. Il y a quarante ans, si mes renseignements sont exacts, les cours de médecine duraient deux ans. Ils ont été prolongés graduellement. Le cours de chiropratique a augmenté graduellement, de sorte qu'il est aujourd'hui presque aussi long que le cours de médecine.

Notre définition d'un chiropraticien, aux termes de la loi de l'Ontario, est la suivante:

> *Chiropraticien* désigne toute personne qui exerce ou s'annonce ou se présente de quelque manière comme exerçant le traitement, par diagnostic (comprenant toutes méthodes de diagnostic), examen de la colonne vertébrale, ordonnance, conseil, écrit ou autrement, des troubles, maladies, défauts ou invalidités du corps humain, par procédés d'ajustement à la main d'une ou plusieurs articulations du corps humain, plus spécialement de celles de la colonne vertébrale, enseignés dans les collèges de chiropratique et approuvés par la Commission.

Il est donc clair que les chiropraticiens, avant d'être autorisés à exercer, sont bien en mesure de traiter les troubles, maladies, défauts ou invalidités du corps humain. Ils sont parfaitement compétents à s'occuper des malades ou des blessés, et s'ils jugent une intervention 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.

3. *Le public compte sur la chiropratique*

Dans trois provinces, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, la Loi des accidents du travail reconnaît la chiropratique et autorise les ouvriers à recourir aux services de chiropraticiens, payés par la Commission des accidents du travail. En 1941, l'honorable juge Sloan, de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, faisant fonctions de commissaire royal, dirigea une enquête sur le fonctionnement de la Loi des accidents du travail de cette province. Après plusieurs mois d'audiences, il recommanda l'extension de la loi, pour comprendre les services de chiropraticiens. Les syndicats ouvriers de toute la province lui présentèrent un mémoire unanime, contenant la même requête, et demandant que la chiropratique fût mise sur le même pied que la médecine, les ouvriers ayant le choix entre ces deux arts. Les ouvriers, les industriels et les patrons de toute la Colombie-Britannique témoignèrent que l'extension de la loi à la chiropratique économiserait des heures de travail en réduisant les périodes d'invalidité, et diminuerait le coût du traitemennt, au bénéfice des industries forestières, minières et agricoles.

Le juge Sloan, dans son rapport, déclara que les témoignages reçus par lui prouvaient qu'environ 1,300 ouvriers blessés et relevant de la Loi des accidents du travail, chaque année, consultaient des chiropraticiens en payant les frais de leur poche, bien que les services médicaux leur fussent fournis gratuitement. Afin d'y remédier, la loi de la Colombie-Britannique fut modifiée, en vue d'assurer le paiement des traitements chiropratiques.

Depuis plusieurs mois, le Conseil fédéral poursuit une enquête, dont les résultats indiquent que les chiropraticiens donnent au moins 13,000 traitements par jour au Canada. Au moins 200,000 personnes, dont plusieurs milliers de membres des services armés, ont suivi des traitements chiropratiques, l'année dernière. D'après nos relevés, nous ne croyons pas nous tromper en disant qu'au cours des dix dernières années, en tenant compte du nombre de malades

qui répètent le traitement, au moins deux millions de personnes au Canada ont recouru aux traitements chiropratiques, et qu'une forte proportion d'entre eux ne se soignaient pas autrement.

En d'autres termes, ce projet de loi d'assurance-maladie obligerait deux millions de personnes, au Canada, à payer de $26 à $78 de contributions annuelles au fonds médical, selon leurs moyens ou leur fortune, tout en leur refusant le droit de consulter le chiropraticien, à moins que ce ne soit à leurs frais. Le projet devant atteindre toute la population; tous les citoyens devront verser leurs contributions, même s'ils ne désirent pas recourir aux services médicaux ou autres prévus par la loi. Ce n'est pas de l'égoïsme, de la part des chiropraticiens, que de demander pour les assurés le droit de choisir les services auxquels ils veulent recourir. Nous signalons simplement que nous sommes les gardiens de la santé de quelque deux millions de personnes sur onze millions, et que le principe démocratique du libre choix du praticien serait refusé à cette proportion de citoyens. Nous n'aurions probablement rien à dire si les contributions étaient volontaires, mais si la loi est adoptée telle quelle, sans vote sur ce sujet, sans consentement, et, croyons-nous, d'une manière directement opposée aux désirs d'au moins deux millions de personnes, celles-ci seront enrégimentées pour contribuer à un fonds d'assurance-maladie qui ne reconnaît que la médecine orthodoxe, dont elles ne veulent pas.

Je m'arrête ici pour rappeler qu'un membre de votre Comité, le docteur McCann, à propos du mémoire soumis mardi dernier par les *Christian Scientists*, a posé cette question: Quelle sera la contribution des *Christian Scientists* aux services d'hygiène essentiels qui existent déjà, comme le nettoyage des rues, la purification de l'eau, l'enlèvement des ordures ménagères? Eh! bien, en premier lieu, j'ai toujours compris que c'étaient là des obligations civiques, payées directement par les taxes des propriétaires, et je ne vois rien, soit dans la loi soit dans les discussions conduites devant ce Comité, qui présage une extension de ces services. Mais si tel était le cas, prétendrez-vous que deux millions de personnes, au Canada, devront payer pour le maintien de services dont ils ont toujours bénéficié, et qui ont toujours été payés directement par les taxes, dans le simple but d'assurer quelque service au reste de la population? Le docteur McCann continuait...

M. VENIOT: Je voudrais corriger un malentendu qui existe dans l'esprit d'un grand nombre de membres de ce Comité. Le témoin a dit qu'au cours de l'année dernière 200,000 personnes, dont beaucoup de membres des services armés, ont suivi des traitements de chiropratique. Puis il continue: "au cours des dernières années, deux millions de personnes", et un peu plus loin: "deux millions de personnes", ce qui semble impliquer le quart de la population actuelle du Canada. Il veut dire, tout probablement, deux millions de personnes en une dizaine d'années, et non pas le cinquième de la population. Je désire corriger cette interprétation.

Le Dr MCCANN: Ce témoin et les autres devraient pouvoir présenter leur mémoire sans être interrompus; nous devrions remettre nos questions à la fin du témoignage.

Le PRÉSIDENT: Fort bien. Le docteur Veniot voulait simplement corriger une interprétation.

M. VENIOT: J'approuve mon honorable collègue; mais il y avait là une telle contradiction, une déclaration si étrange que j'ai cru bon d'attirer l'attention là-dessus immédiatement. Il s'agit réellement de deux millions de personnes en une dizaine d'années, chose différente de ce que le témoignage implique en ce moment. Le mémoire pourrait nous conduire à englober le cinquième de la population, en une seule année.

Le PRÉSIDENT: Peut-on suspendre les questions jusqu'à la fin du mémoire?

Le TÉMOIN: La population du Canada recourt à la chiropratique, et continuera de le faire à l'occasion; naturellement, cela porte sur une certaine période.

M. CLEAVER: Nous ne consultons pas les médecins tous les jours.

Le TÉMOIN: Maintenant, docteur McCann, je veux être juste...

M. MCCANN: Si nous devons suspendre les questions jusqu'à ce que le témoin ait terminé son mémoire, je propose que nous suspendions également la discussion des remarques que j'ai pu faire sur un mémoire antérieur. Je doute que le témoin qui présente son mémoire ait qualité pour discuter ce que j'ai pu dire à un autre moment au sujet d'un autre mémoire.

Le PRÉSIDENT: Il en a le droit. Voulez-vous continuer, s'il vous plaît?

Le TÉMOIN: Oui, merci, monsieur le président. Je désire simplement terminer ceci, car la présentation n'était pas tout à fait complète.

On peut demander quel genre de personnes confient leur santé aux chiropraticiens. John D. Rockefeller, père, l'homme le plus riche du monde, saint patron des médecins, possédant tous les moyens de se procurer les soins des plus grands médecins, s'est assuré les soins continus d'un chiropraticien pendant les 25 à 30 dernières années de sa vie, et il a vécu, comme vous vous le rappelez, presque centenaire. Sa Majesté le Roi George VI d'Angleterre, et son frère le duc de Windsor, s'en remettent aux soins du chiropraticien en cas d'accidents de golf ou d'équitation; l'équipe de balle au camp des Yankees n'avait jamais remporté le trophée mondial avant d'engager des moniteurs-chiropraticiens en 1919.

Quelques DÉPUTÉS: Très bien.

Le TÉMOIN: Au Canada, les chiropraticiens ont compté parmi leurs clients des membres du Cabinet fédéral, des premiers ministres et des ministres provinciaux, des juges en chef et d'autres juristes distingués, des professeurs d'université, des évêques et d'autres membres du clergé, des généraux et d'autres officiers supérieurs des services armés, et un grand nombre d'autres personnages de la scène politique et de la scène commerciale; j'ose ajouter des représentants à la Chambre des communes du Canada, et peut-être même des membres de ce comité, mais peut-être pas tous.

Un mot au sujet des services armés. Les chiropraticiens n'ont pas moins de clients dans l'armée, la marine et l'aviation que dans la vie civile. C'est la coutume chez eux de ne pas se faire rétribuer leurs soins aux soldats. Plusieurs soldats n'ont pas, en effet, une solde égale à leur rémunération de la vie civile, et ils se trouvent donc non seulement incapables de recevoir eux-mêmes le traitement d'un chiropraticien, puisque les chiropraticiens n'ont pas le droit de pratiquer dans l'armée, mais incapables de procurer ce traitement à leur famille. Ils peuvent, il est vrai, recevoir les soins gratuits d'un médecin de l'armée, mais au lieu de cela, ils viennent en troupe frapper à la porte des chiropraticiens.

Lors de la dépression, tandis qu'un grand nombre de gens vivaient de la charité publique et que les médecins recevaient moins d'argent pour leurs services, les soins donnés aux indigents leur étaient cependant payés. Les chiropraticiens continuèrent vaillamment d'accorder les leurs aux malades indigents durant toutes ces années de la crise, mais jamais ils n'ont reçu ni reconnaissance de la part du gouvernement ni secours de l'Etat. Loin de nous l'intention de nous attacher aux points de la loi qui ne nous concernent pas; mais nous ne pouvons nous retenir de citer la déclaration de l'honorable ministre des Pensions et de la Santé nationale dans son exposé au Comité, en date du 16 mars 1943 (Témoignages, page 23): "Nous savons combien coûte la maladie au Canada. D'après une enquête spéciale du Bureau de la statistique en 1935, le montant s'élève à $240,500,000." On était alors dans la dépression et les chiropraticiens, pendant qu'ils traitaient sans rémunération les malades indigents, diminuaient

pour leurs autres clients le prix de leur traitement. Les honoraires des médecins étaient également réduits. Mais au pays, des milliers de gens, qui ne voulaient accepter ni un traitement gratuit ni la charité publique, se passèrent tout simplement de soins médicaux. Comment pourrait-on affirmer, après cela, que la maladie a coûté tant en 1935. Le montant cité ne représente que celui que les gens ont été capables de payer pour la maladie en 1935. Même avec le plan d'assurance-maladie, qui acquitte les frais de médecin, nous osons dire qu'il se passera bien des années encore avant qu'il y ait assez de médecins et d'autres praticiens au Canada pour répondre aux besoins immédiats de la population. Il n'y aura pas avant plusieurs années la moitié des hôpitaux requis pour héberger ceux qui demanderont et seront autorisés à entrer à l'hôpital. Par conséquent, la demande de chiropraticiens ne cessera de s'accroître.

Je voudrais faire une déclaration qu'il n'était pas possible de faire lors de la rédaction de ce mémoire. La voici. J'ai reçu du Conseil fédéral l'autorisation de dire que nous voulions soumettre et que, de fait, nous allons soumettre ici même un plan à l'effet d'organiser des hôpitaux admettant les services de chiropraticiens. Vous n'ignorez pas que, à l'heure actuelle, les hôpitaux sont déjà trop remplis, et qu'il est impossible pour nos clients de recevoir à l'hôpital les soins d'un chiropraticien. Cependant, la chiropratique s'est implantée à demeure chez nous; il faudra reconnaître ce fait et en tenir compte en élaborant des plans pour l'avenir de la santé au Canada, et voici ce que nous avons à proposer: nous proposons de construire un hôpital pour les praticiens qui traitent sans l'usage de remèdes; ces praticiens pourront admettre des médecins parmi les membres du personnel; nous serions heureux de voir comment nous nous entendrions avec les médecins; et si, après un certain temps, le système donne des résultats satisfaisants, je pense que nous tiendrons alors la preuve que nous avions raison, que nous ne voulons faire obstacle à personne. Nous le prouverons. Quand j'aurai terminé mon exposé, je prierais le docteur Sturdy de vouloir bien développer ce point et vous expliquer exactement la situation des chiropraticiens.

La demande publique de chiropraticiens

Nous ne craigons pas de nous tromper en affirmant qu'au moins 40 p. 100 de la population canadienne exige d'être laissée libre quant au choix de celui à qui elle s'en remet du soin de sa santé. On ne s'est pas fait faute de proclamer qu'en vertu du présent plan les citoyens choisiraient leur propre médecin. Un nombre incroyable de gens pensent que cela veut dire qu'ils choisiront leur chiropraticien. Chaque jour nous arrive un véritable déluge de lettres demandant une mise au point sur le sujet, et nous serons malheureusement obligés de détromper tous ces correspondants. Il n'a nullement été question jusqu'ici, d'accorder un droit comme celui-là. Au cours des quelques jours écoulés depuis l'ouverture des délibérations de ce Comité, une requête a circulé parmi la population canadienne. Or, messieurs les membres du Comité, cette requête n'a pas eu de zélateurs, elle a circulé dans les bureaux, et un peu partout, mais aucune campagne n'a été lancée en sa faveur. Voici des exemplaires de cette requête. Je les ai ici même et je me propose de vous les laisser. Des électeurs et des contribuables canadiens, au nombre de 55,593, y ont apposé leur signature avec leur adresse. Depuis la signature, lundi dernier, du présent mémoire, 578 noms additionnels nous sont parvenus.

Les requêtes sont ainsi conçues:

Monsieur le Premier Ministre, messieurs les membres du Cabinet et du Parlement fédéral du Canada:

Nous, les soussignés, citoyens du Canada, sollicitons de vous par les présentes:

Que toute loi relative à la santé qui sera appliquée par le gouvernement fédéral ou les gouvernements provinciaux au Canada accorde aux citoyens

le droit de choisir le praticien par lequel ils désirent se faire traiter, et qu'aucun groupe particulier de praticiens, médecins ou autres, n'ait de pouvoirs dictatoriaux pour soigner ou prévenir la maladie. Le droit qu'a le citoyen de choisir le praticien et la méthode de traitement qu'il désire est irrévocablement lié au devoir qui incombe à l'Etat de veiller à ce que ce droit soit libre de s'exercer.

Et, en conséquence, nous exigeons la même liberté pour ce qui est de notre santé, que celle que nous exigeons au point de vue religieux.

Le tout humblement soumis...

Sans doute ce qui précède suffira à vous montrer que la majorité de nos citoyens ne sont pas prêts à admettre qu'on leur refuse le droit de choisir le praticien dont ils veulent suivre les traitements.

Tout récemment, on a fait circuler dans la province de la Colombie-Britannique une carte où figuraient les questions suivantes:

1. Avez-vous subi avec succès le traitement d'un chiropraticien?

2. Exigez-vous le droit de choisir votre propre chiropraticien en vertu de l'assurance-maladie?

3. Favorisez-vous l'examen de la chiropratique dans les services armés?

4. Parmi les membres de votre famille, quelqu'un a-t-il été guéri par un chiropraticien d'une maladie déclaré incurable par la profession médicale?

5. Avez-vous vous-même, ou quelqu'un dans votre famille a-t-il échappé à une intervention chirurgicale jugée nécessaire par un chirurgien?

En deux semaines (à venir jusqu'au samedi matin 29 mai 1943), nous avons reçu 2,904 cartes répondant à ces questions. J'ai ici un paquet de ces cartes.

J'apprends que, jusqu'à hier, 400 cartes additionnelles ont été reçues. Il m'a été impossible de tout apporter avec moi, mais je vous enverrai ces cartes si vous le désirez. D'ici là, il y en aura des centaines d'autres.

Voici la teneur des réponses:

	Oui	Non	Sans réponse
1.....	2,747	104	53
2.....	2,879	11	14
3.....	2,857	4	43
4.....	991	1,180	733
5.....	947	1,201	757

Autrement dit, 97.61 p. 100 ont suivi avec avantage le traitement d'un chiropraticien, 99.1 p. 100 exigent d'avoir le droit de se choisir un chiropraticien sous le régime de la loi, 98.38 p. 100 sont d'avis que les chiropraticiens devraient pouvoir exercer leur art dans l'armée, et pas moins de 34.1 p. 100 ont déclaré par écrit qu'eux-mêmes ou un membre de leur famille avait été guéri d'une maladie jugée incurable par la médecine, tandis que 32.33 p. 100 disent avoir échappé à des interventions chirurgicales sur l'avis d'un chiropraticien.

Encore ce résultat n'émane-t-il que d'une province, où 71 chiropraticiens seulement, soit environ 10 p. 100 de tous les chiropraticiens au Canada, exercent leur profession. Il n'y a donc là qu'un premier coup de sonde dans l'opinion. Sans doute les chiffres recueillis d'un bout à l'autre du pays décupleraient ceux-là, et si le temps l'avait permis, plusieurs milliers d'autres cartes auraient certainement été reçues.

Le 14 mai 1943, M. H. H. Hannam, président de la Fédération canadienne de l'Agriculture, a déposé en Chambre l'opuscule de cette fédération intitulé: "La Santé en marche". Je me permets de vous renvoyer à la page 325 du compte rendu de votre Comité, où on peut lire l'extrait suivant de la brochure:

Il n'est pas douteux que l'une des questions que se pose le public aujourd'hui est celle-ci: que deviennent les autres spécialistes en hygiène qu'il a pris l'habitude d'employer et dont les services ont été avantageux? Autrement dit, que fait-on des ostéopathes et des chiropraticiens? A notre sens, il y a deux méthodes à suivre: que ces services soient reconnus d'après un plan national ou que le travail qu'ils accomplissent figure au cours d'études médicales. Le public s'attend à ce que cette situation soit tirée au clair.

Nous avons donc là une enquête distincte de la Fédération canadienne de l'Agriculture démontrant que c'est le désir de tous, au Canada, que les services des chiropraticiens soient reconnus.

Dans un mémoire présenté ici même, au nom de l'association qu'il représente, le 18 mai 1943 (Témoignages, page 345), M. Percy R. Bengough, président intérimaire du Congrès des Métiers et du Travail du Canada, déclarait que le travail syndiqué au Canada a demandé que les traitements des chiropraticiens soient reconnus sous le régime de la loi. Il ajoutait (page 347) que toute mesure qui doit faire loi devrait protéger "en premier lieu les intérêts de la grande majorité de ceux dont elle est destinée à protéger la santé, avant de servir les intérêts de ceux qui seront employés à rendre les services nécessaires sous le régime de la loi". Mais il ne faut pas oublier qu'en présentant son mémoire, M. Bennough se faisait le porte-parole de cette grande majorité, c'est-à-dire de la foule des ouvriers et de leurs familles, car la protection des ouvriers et de leurs familles, voilà le but principal et avoué de tous les projets de sécurité sociale.

D'après ses chiffres, M. Bengough parle au nom de 264,375 ouvriers syndiqués. On compte naturellement parmi ces membres des citoyens ordinaires, des hommes mariés, des chefs de familles ayant plusieurs personnes à leur charge. M. Bengough avait donc raison de vous dire tout simplement et clairement, comme il l'a fait, qu'il était le porte-parole d'au moins trois quarts de million de personnes qui sont visées par la présente loi.

Messieurs les membres du Comité, je vous le demande franchement et directement—pouvez-vous faire fi de ce témoignage? Pouvez-vous rester sourds à cette requête spontanée de trois quarts de million d'âmes, à l'effet que les services des chiropraticiens soient prévus dans la loi? Pouvez-vous ignorer la requête, voire même la demande des milliers de personnes qui ont signé ces pétitions et ces cartes, au même effet? Vous ne pouvez les ignorez et rester fidèles à vos obligations de membres de la Chambre des communes du Canada et de représentants de vos commettants. Le temps est venu où il ne vous est pas loisible d'ignorer les vœux et les droits d'un si grand nombre de personnes, relativement à l'utilisation des services des praticiens que nous représentons, ni de prétendre que la médecine orthodoxe constitue l'alpha et l'oméga, le commencement et la fin, de toutes les connaissances quant aux propriétés curatives du corps humain.

5. *Succès de la chiropratique dans le traitement des maladies*

Les personnes les mieux qualifiées pour juger de la valeur de la chiropratique sont celles qui ont bénéficié des services chiropratiques et recouvré la santé. On pourrait produire devant ce Comité, les affidavits et attestations de milliers de personnes qui ont recouvré la santé grâce à la chiropratique. Les chiropraticiens ont, littéralement, fait voir les aveugles, fait entendre les sourds et marcher les infirmes. Au cours d'une enquête conduite par Burton Shields, éditeur d'Indianapolis, Indiana, il fut révélé que sur 93,039 cas traités, et dont les résultats étaient notés par 412 praticiens, dans 79,222, soit 85.15 p. 100, accusaient guérison complète ou soulagement appréciable du malade, grâce aux traitements chiropratiques. Ces cas comportaient quatre-vingt-onze des maladies les plus communes chez

l'homme. Dans certains cas, une guérison complète a été obtenue, et quand on considère ces résultats il y a lieu de se souvenir que le chiropraticien non seulement traite des cas de maladie aiguë, mais aussi un grand nombre de cas de maladie chronique qui, bien qu'ils aient été correctement diagnostiqués par le médecin, ont résisté aux traitements antérieurement appliqués selon la médecine orthodxe. En d'autres termes, ce sont là les résultats obtenus par les chiropraticiens là où la médecine avait échoué. Des chiffres fournis par les mêmes autorités relativement à l'épidémie d'influenza, en 1918-1919, font voir qu'une personne sur seize traitées par les médecins est morte, alors que les chiropraticiens ne perdirent qu'un cas sur 886. Des comparaisons établies en 1936 révèlent que sur 658 cas de pneumonies les médecins en perdirent 200, soit 30.4 p. 100, alors que les chiropraticiens sauvèrent 332 cas sur 364, soit une perte de 8.8 p. 100 seulement Dans les cas de folie, les chiropraticiens ont eu un succès étonnant. Des statistiques sur les résultats obtenus dans les cas de personnes atteintes de folie ont été préparées par le *State Insane Asylum,* de Jamestown, Dakota Nord, sous la surveillance des autorités médicales, et par la *Forest Park Chiropractic Sanitorium,* de Davenport, Iowa. A l'asile médical, les cures, ou exéats dans des conditions satisfaisantes, n'ont été que de 27.8 p. 100, alors qu'au sanatorium de chiropratique, le pourcentage s'établissait à 65. Ce pourcentage de 65 fut obtenu dans des cas classés, pour la plupart, comme incurables aux asiles d'aliénés sous surveillance médicale, et confiés aux soins de la chiropratique des années après que leur santé eût été atteinte par une folie prolongée. Bien d'autres exemples pourraient être cités, mais qu'il suffise, pour le moment, d'en considérer un autre. A peu près chaque année, survint une alerte causée par la paralysie infantile, cette maladie redoutable, dont le seul nom terrorise les mamans. Le médecine a absolument failli à la tâche de trouver une cure pour cette maladie. Le "Science Sidelights", publié par Julius Dintenfass, B.S.c., D.C., de Brooklyn, New-York, a fait, en 1938, une enquête portant sur 1,511 cas. Cette enquête fait voir que, dans les cas de paralysie infantile aiguë, 71.5 p. 100 furent guéris et 20.8 p. 100 soulagés de façon marquée, et dans les cas chroniques, 28.9 p. 100 guéris et 51.1 p. 100 soulagés de façon marquée. Nos amis les médecins prétendent qu'on ne peut rien contre la paralysie infantile; nous, nous disons que si chaque cas de ce genre était, dans sa première année, soumis à la chiropratique, les résultats seraient la guérison complète ou du moins un immense progrès.

Le succès de la chiropratique dans le traitement de maladies de ce genre a été tel que plus de 200 compagnies d'assurance-maladie et d'assurance-accidents, aux Etats-Unis et au Canada, reconnaissent la valeur de la chiropratique et paient pour les soins donnés à leurs assurés. La plupart des sociétés fraternelles et bien des associations ouvrières de bienfaisance, notamment la *British Columbia Electric Railway Office Employees' Association* de Vancouver, C.-B., paient pour les soins chiropratiques dispensés à leurs membres.

6. *La chiropratique est la meilleure forme de médecine préventive*

Le docteur T. C. Routley, secrétaire général de la *Canadian Medical Association,* dans son témoignage devant ce Comité, le 6 avril 1943, (Témoignages, page 143), déclarait que le programme actuel de médecine préventive est loin d'être suffisant. Les témoins qui se sont succédés devant vous ont insisté sur le rôle important que jouera la médecine préventive dans le programme d'assurance-maladie. Nous émettons l'opinion qu'il n'y a pas au monde de meilleur préventif contre la maladie que la chiropratique.

Quelle a été, dans le passé, l'expérience relativement à la médecine préventive? Le docteur Heagerty, dans sa déposition du 19 mars 1943, (Témoignages, page 49) déclare:—

Il a été prouvé que la santé du peuple britannique ne s'est pas améliorée en raison de l'assurance-maladie depuis son instauration, son application en Angleterre en 1912.

La première année, 60 p. 100 des personnes assurées mandèrent le médecin et 60 p. 100 des gens mandent encore le médecin.

Cela n'indique-t-il pas qu'en dépit de l'assurance-maladie, les méthodes préventives utilisées par la médecine orthodoxe ne sont pas efficaces? Nous sommes résolument opposés à toute forme de contrainte, qu'il s'agisse de médecine préventive ou du traitement de la maladie. Nous ne nous opposons pas à la vaccination ni à l'inoculation pour ceux qui désirent y recourir, mais sommes opposés à la contrainte et croyons que l'individu devrait être libre de choisir.

7. *La chiropratique ne peut pas être un "service auxiliaire"*

Le Dr Heagerty dans son témoignage devant ce comité le 30 mars 1943, (Témoignages, page 122) dit que la chiropratique sera un "service auxiliaire" de la médecine et que "l'assuré ne pourra pas s'adresser directement au chiropraticien ni à l'ostéopathe, mais devra s'adresser d'abord au praticien général". Nous ne pouvons trop insister sur le fait qu'un tel état de choses ne serait pas juste pour le public en général et encore moins pour le médecin et le chiropraticien, et cela pour bien des raisons. Comment peut-on s'attendre à ce que les médecins, au Canada, puissent examiner chaque jour, 13,000 malades et leur délivrer un certificat à l'effet que l'on doit à leur égard recourir à la chiropratique en qualité de service auxiliaire. Ils ne le feraient pas; en toute sincérité, ils ne pourraient le faire. Serait-il juste de forcer les chiropraticiens à envoyer, chaque jour, 13,000 malades aux médecins pour se procurer le certificat préalable au traitement chiroprotique? Serait-ce juste pour le public, pour 13,000 malades, chaque jour, d'être obligés de se soumettre à une telle procédure? Imaginez aussi les frais injustes que ces examens entraîneraient pour le public.

La chiropratique est une science curative reconnue et se donne comme telle. Si l'assurance-maladie doit être obligatoire pour tous les citoyens canadiens, on ne peut s'attendre à ce que ces derniers délaissent le chiropraticien qui les a soignés et tenus en bonne santé, et, si vous ne leur demandez pas de le faire, ils se verront forcés de contribuer à un fonds qui ne leur sera d'aucune utilité et de payer eux-mêmes pour leurs services de santé. Les principes démocratiques élémentaires défendent qu'on en agisse ainsi. Si les médecins avaient à leur disposition tout ce qui est nécessaire à la bonne santé des gens, la chose pourrait être débattable, mais, comme nous l'avons amplement démontré, tel n'est pas le cas. C'est le très honorable R. B. Bennett, alors premier ministre du Canada, qui déclarait à la Chambre des Communes, à l'occasion d'une demande de privilèges spéciaux de la part des médecins, "Vous ne pouvez même pas guérir un rhume ordinaire".

Messieurs les membres du Comité, permettez que je fasse, ici, une observation personnelle, bien que je n'aime pas à me mettre en avant. Je me suis souvent guéri d'un rhume, dès son début, en recourant au traitement chiropratique. Il m'arrive de prendre un rhume qui semble ne pas vouloir me quitter, mais le lendemain matin, grâce à un traitement chiropratique, je suis complètement rétabli. Le docteur Sturdy a un cas à citer. Nous avons déclaré que nous en avions des milliers. Il en a un et je lui demanderai de bien vouloir en parler quand j'aurai fini.

L'autre soir, à l'hôtel, ici à Ottawa, je faisais la rencontre d'un étranger. Au cours de la conversation, il me raconta que sa femme un jour, peu après avoir mangé de la crème glacée, fut prise de violentes douleurs. Elle alla voir le médecin qui lui dit: "Nous allons vous transporter d'urgence à l'hôpital pour

vous enlever l'appendice." Elle répondit: "Vous arrivez trop tard, on me l'a enlevé l'an dernier." Ce ne sont pas là des cas isolés. Je parlais à un avocat, à Ottawa, dernièrement, qui me disait que, d'après le diagnostic, son enfant âgé de deux ans souffrait de tuberculose tubaire et n'avait pas six semaines à vivre. Il conduisit l'enfant chez un chiropraticien et, aujourd'hui, cet enfant est le premier parmi les compteurs au hockey, dans cette ville. Je poursuis:

Conclusion

Je dois m'excuser d'avoir pris tant de temps, mais pour conclure, je désire insister, très brièvement, pour que vous preniez en sérieuse considération le mémoire que nous vous avons soumis. Les chiropraticiens sont des croisés qui protègent les intérêts du peuple et s'occupent de sa santé. La chiropratique a fait les progrès immenses que j'ai mentionnés. Les chiropraticiens ont prévenu la maladie, ils ont obéi aux lois sur la santé et ont mérité une place comme facteur acquis à la vie et la santé de la nation. Le public ne se laissera pas enrégimenter de par la volonté de la médecine orthodoxe organisée. La Grande Charte fut imposée à un roi réfractaire, en 1215. Ses points saillants étaient la protection de la vie, de la liberté et de la propriété des citoyens contre la spoliation arbitraire. Si le gouvernement confie aux médecins la vie et la santé des individus, une telle mesure réagira contre le gouvernement lui-même. Nous croyons que c'est pour nous un devoir sacré d'insister avec toute l'énergie possible sur la liberté du choix en matière de santé tout comme nous avons liberté de religion.

Nous croyons, cependant, que nul malade ne doit rester sans les soins appropriés et que l'assurance-maladie est un grand pas en avant dans la marche vers le progrès, à condition qu'elle respecte la liberté des gens de choisir leurs propres praticiens sous le rapport de la santé. Le seul objectif de la chiropratique est de soulager l'humanité souffrante et de lui permettre de jouir d'une bonne santé dans la plus large mesure possible.

Le PRÉSIDENT: Avez-vous quelque question à poser?

M. FULFORD: Oui. J'aimerais à poser une ou deux questions. Je désire auparavant déclarer, que, comme les membres du Comité le savent, je ne suis pas ici l'avocat de la profession médicale; j'ai même émis l'opinion devant ce Comité que l'on devait accorder plus d'autorité aux chiropraticiens et aux ostéopathes dans l'administration de l'assurance-maladie. Mais, par contre, ce mémoire contient des énonciations qui, je crois, ne peuvent être acceptées sans réserve.

En premier lieu, je poserai trois questions dans une, portant sur la première page du mémoire. Il est dit au bas de la page: "Les études et la formation des chiropraticiens les rendent capables de traiter les maladies, les défectuosités et les infirmités de la population." Les chiropraticiens ont-ils la compétence voulue pour traiter des maladies telles que la perforation de l'estomac par des ulcères, la gangrène de l'appendice, etc.; est-ce que le chiropraticien se sent la compétence voulue, alors qu'une femme est en couches, pour déterminer si l'enfant doit être mis au monde de la manière ordinaire ou si on doit recourir à l'opération césarienne? J'aimerais avoir une réponse à ces questions, monsieur le président.—R. D'abord, je dois dire, comme l'indique clairement notre mémoire, que les cas de chirurgie sont laissés aux chirurgiens. On ne nous permet pas de faire des accouchements et des choses de ce genre. Je voudrais qu'un des directeurs de l'association réponde aux questions qui sont particulièrement de son ressort.

Dr CLUBINE: Monsieur le président, en réponse à cette question permettez-moi de dire que le chiropraticien adopte très clairement l'attitude que dans les

cas spécialisés comme les trois qui viennent d'être mentionnés, nous demandons toujours une consultation; c'est de la bonne pratique sous tous les rapports. Les médecins font fréquemment la même chose et nous le faisons toujours—du moins, c'est mon habitude. A toutes ces questions je peux faire la même réponse: nous considérons toujours que ces cas doivent faire l'objet d'une consultation et puis on décide ce qu'il faut faire.

D. Alors il est faux de dire que "les études et la formation des chiropraticiens les rendent capables de traiter les maladies, les défectuosités et les infirmités de la population canadienne". Vous admettez dès le début que vous n'avez pas les aptitudes nécessaires pour traiter certains cas.—R. Ce n'est pas faux quand il s'agit de notre propre domaine. C'est tout ce que nous disons. Nous avons notre sphère, le médecin a la sienne. Il n'est pas question de discuter les mérites et les désavantages de la chiropratique par comparaison avec la médecine. Nous disons que nous voulons notre place, celle qui nous revient.

L'hon. M. MacKenzie: J'ai deux questions à poser. Dans la loi de la Colombie-Britannique, adoptée en 1936 sur l'assurance-maladie provinciale et jamais mise en vigueur, que faisait-on de la chiropratique?

Le témoin: Je peux répondre comme ceci: quand la loi sur l'assurance-maladie a été proposée en Colombie-Britannique, les chiropraticiens s'y sont opposés et nous avons été soutenus par les médecins qui ne voulaient pas la voir adopter et qui ont déclaré clairement qu'ils ne participeraient pas au plan. Elle a été combattue par les industriels, le *Board of Trade*, et quoiqu'elle figure encore dans les statuts elle n'a jamais été appliquée et ne le sera jamais.

L'hon. M. MacKenzie:

D. Je vous ai demandé si la loi faisait mention de l'ostéopathie?—R. L'exposé que nous avons soumis au comité ne demandait pas notre inclusion. Nous avons demandé de propos délibéré que le projet de loi soit abandonné; il ne contenait aucune disposition à notre égard et nous n'en avons demandé aucune.

L'hon. M. Bruce: Monsieur le président, le monsieur qui vient de parler a mentionné certaines autres personnes qui ont témoigné, et l'une d'elles il y a quelques instants vient d'être appelée "docteur" Clubine. Je voudrais lui demander s'il a le droit d'employer le titre de "docteur" et dans l'affirmative dans quelle province il a ce droit?

Le témoin: Monsieur le président, seulement dans la province d'Alberta; nous ne l'avons pas demandé ailleurs.

L'hon. M. Bruce:

D. Je voudrais poser deux ou trois questions au sujet de l'éducation préparatoire pour la médecine. Je crois que le témoin a mentionné les diplômes nécessaires pour permettre aux chiropraticiens de suivre les cours du collège. Je voudrais savoir exactement quels sont ces diplômes.

Le président: "Junior matriculation".

L'hon. M. Bruce:

D. Doivent-ils passer des examens en chimie, physique et biologie, par exemple, avant d'aborder l'étude de la chiropratique?—R. Monsieur le président, cela est indiqué très clairement dans l'exposé. Certaines lois locales exigent la chimie, et le reste. Permettez-moi de l'expliquer comme ceci. J'ai

posé la question à un chiropraticien dernièrement et il m'a dit qu'il est allé suivre des cours universitaires et que les cours de médecine et de chiropratique sont identiques jusqu'à un certain endroit, et qu'ils suivent des directions différentes seulement pendant quelques mois de l'année, selon le cas; il m'a dit qu'ils étaient absolument identiques jusqu'à cet endroit. Nous étudions la physiologie, la chimie, la pathologie, la psychologie, la jurisprudence médicale, etc. Tout cela est à la page 6 de l'exposé.

D. Je vous interrogeais seulement au sujet de l'éducation préparatoire.—R. Nous la donnons dans les collèges de chiropratique; nous avons ensuite, naturellement, la technique et le traitement en chiropratique, c'est le dernier sujet énuméré.

D. J'aimerais que vous répondiez à ma question.—R. Tout ce qu'ils doivent avoir est la "junior matriculation".

D. Est-ce qu'ils passent des examens sur les sujets que j'ai mentionnés, chimie, physique ou biologie avant d'entrer à l'école de chiropratique?—R. Naturellement, cela est décidé entièrement par les provinces. Pour passer la "junior matriculation", d'après ce que je comprends, il fallait de mon temps étudier une ou deux sciences dont certainement la chimie. Mais les règlements des écoles secondaires et l'éducation requise pour y entrer changent de temps en temps. Les candidats n'ont pas besoin de suivre un cours préparatoire de médecine pour entrer au collège de chiropratique, mais ce dernier enseigne la médecine. Pour entrer au collège de chiropratique il faut avoir d'abord la "junior matriculation", quoi que vous entendiez par là.

D. Tous les étudiants en médecine doivent suivre des cours pendant un ou deux ans dans ces sciences avant d'abandonner l'étude de la médecine. Vous avez dit qu'il y a douze écoles de chiropratique aux Etats-Unis; y en a-t-il au Canada, et où?—R. Il y en a douze, dont un certain nombre de collèges, aux Etats-Unis, mais il n'y en a pas au Canada en ce moment. Il y en a déjà eu, mais pas à présent.

D. En vue de ce que vous avez dit sur les aptitudes des chiropraticiens à guérir les maladies, je voudrais vous demander si vous acceptez la théorie que les micro-organismes sont la cause de certaines maladies. En d'autres termes, croyez-vous que les micro-organismes causent des maladies?—R. Je vais demander au docteur Clubine de répondre à cela.

Le Dr CLUBINE: Oui et non. Nous croyons que les micro-organismes sont la cause, la maladie est secondaire, et que le facteur prédisposant était là avant que le malade ou la personne puisse être attaqué par le micro-organisme. Nous estimons que c'est secondaire; c'est-à-dire que le malade doit avoir une grande quantité de poisons dans le corps avant d'être atteint de diphtérie ou d'une autre maladie.

L'hon. M. BRUCE: Croyez-vous par exemple qu'un micro-organisme soit la cause de la maladie dont vous avez parlé, la paralysie infantile aiguë ou la méningite cérébro-spinale?

Le Dr CLUBINE: Je ne suis pas sûr que cela ait été définitivement prouvé, mais je crois que c'est généralement accepté comme vrai.

L'hon. M. BRUCE: Malgré cela vous croyez, comme le dit votre exposé, que vous pouvez guérir cette maladie par la chiropratique, et que dans un très grand nombre de cas vous avez réussi à guérir la méningite cérébro-spinale aiguë par la manipulation de l'épine dorsale.

Le Dr CLUBINE: Monsieur le président, permettez-moi de citer deux cas personnels. Il y a quelques années une mère m'a amené un bébé de trois ou

quatre ans dont les jambes pendaient inertes, c'était clairement un cas de paralysie infantile. Je ne me souviens plus combien de mois cela a pris, mais l'enfant a été complètement guéri.

L'hon. M. BRUCE: Je parle de cas aigus, pas de cas chroniques, mais de cas aigus seulement.

Le Dr CLUBINE: Docteur Bruce, je ne sais pas, mais d'après mon expérience nous ne recevons que des gens dans cet état parce que les médecins les soignent. Je crois que nous pourrions faire beaucoup dans les hôpitaux si on nous laissait venir plus tôt, mais nous ne sommes appelés que lorsque les cas deviennent chroniques.

L'hon. M. BRUCE: Alors votre déclaration n'est pas exacte quand vous dites, à la page 13 de l'exposé, que les résultats obtenus par la chiropratique dans les cas de paralysie infantile aiguë montrent que 71.5 p. 100 ont été guéris et 20.8 p. 100 ont indiqué une grande amélioration.

Le Dr CLUBINE: Sous quel rapport?

L'hon. M. BRUCE: Vous dites maintenant que vous ne soignez pas les cas aigus.

Le Dr CLUBINE: J'ai dit que moi je ne les soignais pas; je n'en ai jamais eu. Je ne peux pas parler de ces cas parce qu'ils viennent des Etats-Unis. Je ne sais pas quoi répondre. Les chiropraticiens de là-bas ont peut-être accès aux hôpitaux, mais pas nous.

M. JOHNSTON: Le docteur Bruce va-t-il nous dire que les docteurs peuvent la guérir?

Le PRÉSIDENT: Nous ne discutons pas ce point en ce moment.

L'hon. M. BRUCE: Je vais répondre à cela dans un instant.

L'hon. M. Bruce:

D. Je voudrais avoir une réponse d'un de ces messieurs qui témoignent; le président de l'association pourrait peut-être me la donner. Essaieriez-vous de traiter le cas de méningite cérébro-spinale aiguë, vulgairement appelée paralysie infantile, par la chiropratique?

Le Dr STURDY: Monsieur le président, docteur Bruce, j'ai eu des cas de ce genre et j'ai obtenu de bons résultats.

L'hon. M. BBUCE: Vous les avez guéris?

Le Dr STURDY: Ma foi, quand vous dites "guéris" vous allez peut-être un peu loin. Je ne dis pas que nous prétendons guérir; nous faisons beaucoup de bien dans ces cas. La difficulté, comme l'a dit le docteur Clubine, est que les malades viennent chez nous après que nos confrères les médecins les ont traités. Je parle maintenant des cas aigus. Je vais en citer un seul. Une nuit, vers deux heures du matin, un petit garçon s'éveille en poussant de grands cris, et quand son père s'approcha de son lit il s'aperçut que son enfant était paralysé d'un côté. Le médecin fut appelé et l'enfant envoyé à l'hôpital. Douze injections de sérums différents furent pratiquées. L'enfant avait six ans; son épine dorsale fut percée quatre fois pendant la semaine. Quelqu'un implora son père de venir me voir, et finalement l'amena chez moi. On fit sortir l'enfant de l'hôpital pour me le confier et il se produisit une grande amélioration dès la première manipulation de la première vertèbre cervicale.

L'hon. M. BRUCE: Combien de temps après le commencement de la maladie?

Le Dr STURDY: Une semaine. Est-ce que cela répond à votre question?

L'hon. M. BRUCE: Pas entièrement. Je voudrais vous demander si vous êtes au courant du fait que grâce à un traitement pratiqué depuis deux ans, un des médicaments sulfa guérit la méningite cérébro-spinale dans au moins 90 p. 100 des cas? Le savez-vous?

Le Dr STURDY: Je l'ai entendu dire, mais je ne le crois pas.

L'hon. M. BRUCE: En face de cela est-ce que vous soumettriez encore ces cas au traitement chiropratique?

Le Dr STURDY: Absolument, oui.

L'hon. M. BRUCE: Réellement?

Le Dr STURDY: Oui.

L'hon. M. BRUCE: Je trouve votre assertion extravagante et absurde.

Le Dr STURDY: Permettez-moi de dire ceci au docteur Bruce, monsieur le président: c'est le troisième comité parlementaire provincial devant lequel je comparais; j'ai aussi comparu devant deux commisions royales et je sais que les chiropraticiens et les médecins ne s'entendent jamais dans leurs discussions, mais il n'en est pas moins vrai que nous obtenons des résultats et que les gens viennent en foule à nos cabinets de consultation. Ce n'est pas la publicité qui les amène. Si vous me permettez de citer un cas personnel, vendredi dernier, il y a juste une semaine, j'ai contrôlé combien de cas sur 31 étaient allés consulter le médecin avant de venir chez moi avec leurs différentes maladies. Tous excepté deux étaient d'abord allés chez un médecin. Deux n'en avaient jamais consulté, mais tous les autres avaient été soignés par des médecins et, excepté cinq ou six cas, qui étaient assez récents, tous ces gens-là commencent à ressentir un soulagement de leurs maladies qui consistaient en excroissance dans la poitrine, paralysie du bras, légère paralysie des jambes rendant la marche très difficile, et le reste.

L'hon. M. BRUCE: J'aimerais poursuivre cette discussion.

Le PRÉSIDENT: A mon sens, nous devrions éviter les discussions et nous en tenir aux questions.

L'hon. M. BRUCE: Vous parliez de cas chroniques. Je voudrais vous demander si vous savez que dans ces cas aigus de méningite cérébro-spinale le malade ne survit pas plus de quatre ou cinq jours ou une semaine.

Le Dr STURDY: Docteur Bruce, j'ai eu au moins deux de ces cas qui étaient diagnostiqués et qui montraient tous les symptômes dont vous parlez; ayant été appelé immédiatement, j'ai obtenu de prompts résultats dans les deux cas.

M. MACINNIS: Je voudrais faire remarquer au témoin que, comme l'a dit le docteur Sturdy, nous n'arriverons à rien par ces discussions. Ce n'est pas la peine de s'échauffer et de se tourmenter au sujet de ces choses-là.

Le PRÉSIDENT: Et il fait chaud.

M. MACINNIS: Le point est que, particulièrement en ce qui concerne la Colombie-Britannique, une loi sur l'assurance-maladie qui ne mettra pas les chiropraticiens sur le même pieds d'égalité que les médecins, ne sera pas satisfaisante. La profession médicale a lutté énergiquement contre l'admission des chiropraticiens en Colombie-Britannique, et malgré cela le public a forcé le gouvernement, si je peux employer ce mot sans lui donner un mauvais sens, à mettre les facilités de la province à la disposition des chiropraticiens, comme on l'a fait l'an dernier sous le régime de la Loi sur les accidents du travail. Je voudrais en revenir à une question de M. Fulford sur les opérations césariennes et demander si les chiropraticiens ont qualité pour décider quand elles sont nécessaires. J'ai lu, il y a quelques jours, un article d'un médecin qui disait que ses confrères n'avaient pas qualité parce qu'à son avis on pratiquait trop d'opérations césariennes quand la plupart du temps elles n'étaient pas absolument

nécessaires; de sorte qu'une question de ce genre n'a rien à voir à la chose. La question est basée simplement sur le fait que si les chiropraticiens sont capables de rendre service au public, le public demandera ces services.

M. McCann: Monsieur le président, j'aimerais poser une ou deux questions. N'est-il pas vrai que six des douze collèges de chiropratique aux Etats-Unis ont été fermés? J'estime que nous sommes tous fiers de notre système d'éducation au Canada et aux Etats-Unis. Il est très complet et il comprend, je crois, toutes les sciences reconnues dans le monde entier. Je voudrais demander au témoin qui a soumis l'exposé comment il se fait qu'aucune université reconnue dans n'importe quel pays, que je sache, n'ait créé de chaire pour enseigner la chiropratique? Aucune université reconnue n'a, que je sache, de chaire de chiropratique. Les écoles qui l'enseignent ont été établies séparément. Je ne veux pas faire de longs commentaires sur l'exposé. Je suis toujours heureux d'écouter les exposés des organismes qui comparaissent devant notre Comité de manière à nous éclairer et nous permettre de juger convenablement le cas qu'ils nous soumettent. Cependant, en lisant et en écoutant cet exposé, je trouve qu'il contient tellement d'inexactitudes et de points discutables que nous n'avons pas le temps de nous livrer à une discussion prolongée à leur sujet, mais je peux dire à l'égard de cet exposé, par comparaison avec ceux présentés par d'autres organismes, qu'il contient une quantité considérable d'échappatoires, un tas d'inexactitudes que j'aimerais avoir l'occasion de discuter un jour ou l'autre.

Le témoin: Je vais demander au docteur Sturdy de répondre à cette question. Je dois dire en premier lieu au sujet des collèges que nous devrions tenir compte du fait que les chiropraticiens ont été absorbés dans l'armée et qu'ils se sont enrôlés. Ils servent dans les trois services en nombre considérable au Canada et aux Etats-Unis, et si les étudiants font défaut chez nos voisins, cela est dû, naturellement, à la guerre, mais je crois que le docteur Sturdy peut mieux répondre que moi à la question.

Le Dr Sturdy: Il est vrai que six des douze collèges ont été fermés pour manque d'étudiants. Il est également vrai que l'école Palmer, qui était très grande, n'a plus guère que vingt-cinq élèves. Quand j'y étais en 1918, elle en comptait 1,300. Il y en a eu d'abord 650 et puis le gouvernement des Etats-Unis a donné des bourses de rétablissement à 500 étudiants en chiropratique. Je crois que c'est le cas au Canada.

Nous sommes menacés d'une disparition presque complète de la chiropratique si la guerre dure 10 ou 15 ans. La plupart de nous serons morts ou devenus inutiles et il n'y aura personne pour prendre notre place. Je suis sûr que cela s'arrangera parce que la guerre ne durera pas aussi longtemps et que nous aurons encore des étudiants. Nous allons ouvrir un collège ici en Ontario, à Toronto; il sera dirigé par le conseil des chiropraticiens, par les chiropraticiens du Canada, et nous y formerons des étudiants dont je crois que même nos confrères de la médecine ne seront pas trop honteux.

M. McCann: Affilié à l'université d'état, l'Université de Toronto?

Le Dr Sturdy: Pardon?

M. McCann: Votre collège sera probablement affilié à l'université d'état, l'Université de Toronto?

Le Dr Sturdy: Je ne sais pas. Je sais qu'à moins que nous ouvrions un collège, la profession médicale sera forcée par la demande publique de créer une chaire de chiropratique. Si nous construisons et outillons un collège et si nous offrons une éducation conforme au programme normal la profession médicale ne sera pas forcée de créer des chaires de chiropratique dans les universités. Cela doit arriver. Nous en sommes rendus là. Nous avons fait nos preuves. Nous

n'avons pas à comparaître devant n'importe qui et faire nos preuves, docteur Bruce. Nous sommes ici depuis vingt-cinq ans. Du moins, je suis au Canada depuis vingt-quatre ans. Mon ami, l'honorable M. MacKenzie me connaît bien. Il témoignera de la vérité de ce que je dis. De fait, il a été mon avocat et m'a évité deux ou trois mois de prison. On a prélevé mes empreintes digitales et ma photo a été mise dans le musée des criminels. J'ai l'honneur, messieurs, d'être dans le musée des criminels. J'ai également l'honneur d'avoir recouvré légalement ces empreintes et ces photos et de les avoir fait détruire.

Je vous dis cela et je suis prêt à venir témoigner devant ce Comité quand vous voudrez et discuter cet exposé ligne par ligne, page par page. Il est vrai qu'il contient des échappatoires. Nous ne pouvons pas être entièrement exacts pas plus que ne le sont nos confrères médecins dans un grand nombre de leurs déclarations et de leurs statistiques. Vos statistiques sont exactes quand il s'agit des frais d'hôpitaux, et ainsi de suite.

Monsieur le président, voulez-vous me permettre de dire un mot au sujet des hôpitaux et j'ai fini.

Le PRÉSIDENT: Très bien.

Le Dr STURDY: J'espère qu'on ne m'appellera plus ensuite. Nous avons employé des hôpitaux privés à Vancouver—du moins j'ai dû le faire—au cours des vingt dernières années. On nous refuse l'usage des institutions publiques. Dans ces hôpitaux privés j'ai travaillé avec des médecins, de concert avec eux; sont de bons amis, ils l'ont toujours été. Nous avons obtenu d'excellents résultats, mais par suite de la grande demande pour les hôpitaux, de nos jours, nous ne pouvons plus nous servir de ces hôpitaux. Ils sont pleins. Ils ne peuvent pas admettre de cas de chiropratique car ils ont été obligés de se mettre entièrement à la disposition des médecins. De mon temps les hôpitaux privés devaient prendre leurs clients où ils pouvaient, chez les médecins ou chez les praticiens traitant sans médicaments. Je prétends que si cette loi est adoptée nous serons considérablement à court d'hôpitaux dans les cinq ou dix années prochaines. Cela coûtera entre un tiers de milliard et un milliard de dollars pendant les cinq ou dix années prochaines pour construire les hôpitaux nécessaires aux besoins. Le gouvernement ne serait-il pas bien avisé de prendre deux ou trois millions de dollars et de choisir une vingtaine de villes de 100,000 habitants ou davantage et de permettre aux chiropraticiens de faire usage de ces hôpitaux de concert avec nos confrères médecins? Ils auraient par exemple un chirurgien de service, un accoucheur et un médecin ordinaire. Nous collaborerions avec eux et cela marcherait bien. Ne trouvez-vous pas cette demande raisonnable, monsieur le président, et ne vaut-il pas la peine d'essayer ce plan? Il existe un terrain commun sur lequel nous pouvons nous rencontrer et c'est l'hôpital où on n'administre pas de remèdes. J'en suis sûr. Et puis, dans cinq ou dix ans nous aurons prouvé que c'est un terrain d'entente. Alors vous pourrez ouvrir les portes des hôpitaux dans le pays tout entier et permettre aux malades de demander que leur chiropraticien ou leur praticien traitant sans remède soit autorisé à venir les soigner sans avoir à entrer par la porte de derrière et sans se cacher. Merci.

L'hon. M. MACKENZIE: Encore une question à laquelle j'aimerais une courte réponse si c'est possible. Etant donné la grande liberté laissée aux provinces de modifier le projet de loi et le fait que les chiropraticiens ont des droits statutaires, dans quatre provinces sur neuf, quelle est votre plainte principale au sujet de ces propositions?

Le TÉMOIN: Monsieur le président, je dois dire que la loi est très spécifique en ce qui concerne les prestations; elle ne prévoit certainement pas de dispositions à notre égard. En outre, si je comprends bien, elle ne s'appuie pas sur des bases statistiques, ou autre donnée de ce genre. Le comité consultatif a examiné

tout cela sans rien ajouter à ce service excepté d'une manière auxiliaire qui serait, naturellement, les rayons X et la physiothérapie dans les hôpitaux, et ainsi de suite.

L'hon. M. MACKENZIE: Vous vous plaignez de ce qu'un malade soit obligé de s'adresser d'abord à un médecin avant d'aller chez un chiropraticien?

Le TÉMOIN: C'est cela en effet. Avant de m'asseoir—parce que probablement je ne me lèverai plus—et juste pour faire mention de la chose, je voudrais ajouter ceci. Je crois avoir dit en réponse à une question du docteur Bruce que c'est seulement dans la province d'Alberta que nous avons droit au titre de "docteur" et que nous n'avons pas réclamé ce titre dans d'autres provinces. Ce n'est pas tout-à-fait exact. Nous n'avons pas fait de demande en Colombie-Britannique. Si nous en avons fait dans d'autres provinces je n'en sais rien. Je ferai peut-être bien de mentionner que lorsque le docteur Sturdy a dit qu'il avait été mis en prison, c'était pour avoir exercé la chiropratique en violation de la loi sur la médecine.

M. GERSHAW: Au bas de la page 14, je vois que le très honorable R. B. Bennett, quand il était premier ministre du Canada, a adressé cette réprimande à des médecins qui demandaient des privilèges spéciaux: "Vous n'êtes pas même capables de guérir un rhume de cerveau". Je me souviens très bien de l'occasion et je sais bien que ce n'est réellement pas l'opinion de M. Bennett sur les médecins. Il dit que le microbe du rhume de cerveau n'a pas été isolé, mais je pense que si on lit attentivement ce passage des Débats on trouvera que cet extrait donne une fausse idée de son opinion.

M. CLEAVER: Monsieur le président, je me lève simplement pour vous demander si vous voulez bien indiquer votre plan pour continuer cette enquête sur les chiropraticiens. Après ce que j'ai entendu aujourd'hui, je suis convaincu qu'apparemment une grande partie de notre population a grandement bénéficié de ces traitements, et en conséquence je crois que nous ne devrions pas aller trop vite dans cette enquête, que nous devrions procéder avec le plus grand soin et donner aux représentants de l'association chiropratique tout le temps nécessaire pour soumettre leur cas au Comité. Je me souviens que nous avons passé un grand nombre de jours à écouter l'exposé des médecins.

Le PRÉSIDENT: Il s'agissait de différentes phases de leurs travaux.

M. CLEAVER: J'estime que nous devrions également étudier les différentes phases des travaux des chiropraticiens. Ce n'est là que ma propre opinion et je me lève pour l'exprimer. Le ministre a demandé au témoin avant de partir quelle était sa principale plainte au sujet du présent projet de loi. Je tiens à faire enregistrer immédiatement ma principale plainte au sujet de cette loi. Après avoir entendu les médecins qui font partie de ce Comité s'exprimer...

Le PRÉSIDENT: Voulez-vous avoir l'obligeance d'attendre que nous ayons discuté le projet de loi avant d'exprimer votre opinion personnelle?

M. CLEAVER: Je pourrais attendre, mais je ne serai pas long.

Le PRÉSIDENT: Nous avons ici de nombreux témoins qui viennent de loin.

M. CLEAVER: Je me soumets à votre décision, mais ce dont je me plains c'est qu'il n'y a pas un seul docteur, à mon avis, certainement pas un de ceux qui ont parlé aujourd'hui, qui enverrait un malade chez un chiropraticien.

Le PRÉSIDENT: Je vous ferai remarquer, monsieur Cleaver, que le docteur Sturdy sera à la disposition du Comité quand nous voudrons, si j'ai bien compris.

Le Dr STURDY: Oui.

M. McGARRY: Me rengeant parmi les médecins qui pensent que le chiropraticien a sa place dans la collectivité, puis-je poser une question au docteur Sturdy sur un point que je considère important? Je crois que la principale objection à l'exercice étendu de la chiropratique provient d'une chose que j'ai observée chez moi dans ma province de la Nouvelle-Ecosse. Par exemple, prenez un cas de tuberculose naissante qui a été diagnostiqué définitivement comme cas de tuberculose et le malade est envoyé à l'hôpital; un chiropraticien qui pratique dans la ville suggère aux parents que si le malade lui est confié il fera disparaître toutes les complications pathologiques. Je crois que cet homme faisait de la bonne besogne dans la ville quand il s'en tenait à sa propre profession. C'est une des choses contre lesquelles nous, les médecins de ma province, trouvons à protester; le chiropraticien sort de sa sphère; tout juste comme le médecin qui ne connaît que la médecine générale sortirait de sa sphère s'il allait opérer des malades dans un hôpital. C'est là une des choses dont nous avons à nous plaindre au sujet des chiropraticiens de notre province; nous trouvons qu'ils excèdent les limites de leurs aptitudes.

Le PRÉSIDENT: Docteur McGarry, est-ce que les autorités de la province ne s'occupent pas de cela?

M. McGARRY: Oui, elles le pourraient. C'est justement ce dont nous nous plaignons.

Le PRÉSIDENT: Je ne crois pas que le Comité puisse s'occuper de cela.

Le Dr STURDY: Voulez-vous me permettre de répondre à cela?

Le PRÉSIDENT: Oui, mais brièvement, je vous prie.

Le Dr STURDY: Oui, je serai bref. Nous sommes entièrement d'accord avec votre critique. Nous blâmons les chiropraticiens qui interviennent dans les établissements de tuberculeux et dans les soins des malades confiés à des médecins dans des cas de ce genre; quand il se présente des praticiens que nous croyons appartenir à cette catégorie—je dois dire que nous avons pour but d'essayer d'élever le chiropraticien au rang que nous voudrions lui voir tenir.

M. McGARRY: Que faites-vous dans un cas comme celui que je viens de mentionner?

Le Dr STURDY: Dans ma province, nous le faisons comparaître devant notre conseil et nous lui faisons la leçon, et je crois que cela lui fait beaucoup de bien. Mais, comme je l'ai dit tantôt, nous avons une sphère, vous avez la vôtre; nous ne discutons pas la vôtre et nous espérons que vous nous donnerez le droit de nous occuper de la nôtre et de l'agrandir. Il y a une place où nous pouvons vivre ensemble. Dans une dizaine d'années il y aura des changements. Dans la province de la Colombie-Britannique d'où je viens, les médecins sont satisfaits de la loi qui nous concerne et de la manière dont nous l'appliquons et dont nous l'avons appliquée depuis 1934.

Le PRÉSIDENT: Nous avons également ici les représentants du Conseil des régisseurs de Toronto. Docteur Macfie, voulez-vous avoir l'obligeance de présenter votre exposé?

M. BRUCE: Monsieur le président, pour l'exactitude du procès-verbal, puis-je demander au secrétaire qui vient de lire l'exposé (M. Burton) et qui a déposé un grand nombre de pétitions, si ce document-ci qui a été envoyé à beaucoup de membres de la Chambre et du Sénat—je dois dire que cet exemplaire m'a été remis aujourd'hui par un sénateur, il ne porte pas de signature—si ce document, dis-je, vient de l'association des chiropraticiens? Il est intitulé "The National Health Insurance Act—A Message of Vital Importance". La brochure que j'ai là était adressée au sénateur Ballantyne et timbrée Hamilton, 20 mai.

M. BURTON: En réponse à cela, monsieur le président, je dois dire que nous n'avons aucune affiliation avec ces gens-là; je n'ai jamais vu ce document et nous n'en acceptons certainement pas la responsabilité.

M. BRUCE: Il contient des assertions très préjudiciables.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Burton.

Le docteur A. W. MACFIE est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, madame Casselman et messieurs les membres du Comité de la sécurité sociale, je suis le secrétaire-trésorier du Conseil des régisseurs appliquant le *Drugless Practitioners Act* pour la province d'Ontario. Notre président, le docteur Detwiler, de London, vous présentera l'exposé.

Le docteur DETWILER est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, je vous assure que cet exposé n'est pas long. Notre mission ici est un peu différente de celle des autres professions. Nous venons représenter le Conseil des régisseurs d'Ontario, qui applique le *Drugless Practitioners Act*, et notre exposé vous indiquera exactement notre position. Il n'est pas question de thérapie organique ou de rien de ce genre; il s'agit simplement d'établir le degré d'instruction et les aptitudes professionnelles de ceux qui se font inscrire en vertu de notre loi.

Monsieur le président et messieurs les membres du Comité spécial de la sécurité sociale de la Chambre des communes, Ottawa, Canada:

EXPOSÉ DU CONSEIL DES RÉGISSEURS NOMMÉ SOUS LE RÉGIME DU "DRUGLESS PRACTITIONERS ACT" POUR LA PROVINCE D'ONTARIO, 1937, CHAPITRE 229

Le Conseil des régisseurs institué en vertu des dispositions du *Drugless Practitioners Act* de la province d'Ontario, Statuts revisés de l'Ontario, 1937, chapitre 229, est l'organisme officiel nommé par le gouvernement de l'Ontario par l'intermédiaire du lieutenant-gouverneur en conseil pour appliquer l'*Ontario Drugless Parctitioners Act.* Conformément à l'*Ontario Drugless Practitioners Act*, le Conseil des régisseurs est chargé de l'application générale de cette loi et de ses règlements d'exécution, dont une copie est annexée au présent exposé. Conformément à cette loi le "praticien traitant sans médicaments" comprend toute personne qui pratique ou annonce ou déclare d'une manière quelconque qu'elle pratique le traitement de tout mal, maladie, défaut ou incapacité du corps humain par manipulation, ajustement, manuel ou électro-thérapique, ou par toute méthode semblable.

Par des règlements édictés par le Conseil conformément à la loi et approuvés par le lieutenant-gouverneur en conseil, les "praticiens soignant sans médicaments" enregistrés par le Conseil et autorisés à pratiquer comme tels dans la province sont divisés en grande et petite classification. La grande classification comprend les ostéopathes, chiropraticiens et thérapistes qui soignent sans drogues. D'après les règlements, les ostéopathes, chiropraticiens et thérapistes qui entrent dans ladite première catégorie ont le droit de diagnostiquer et de traiter tout mal, maladie, défaut ou incapacité du corps humain par des méthodes sans drogues. La loi leur interdit la pratique de la médecine en ce sens qu'elle leur interdit de prescrire ou d'administrer des drogues pour l'usage interne ou externe ou de prescrire l'emploi d'anesthésiques pour une fin quelconque ou de pratiquer des opérations chirurgicales ou des accouchements. A part ces execptions, toutefois, ils ont le droit de traiter les membres du public pour tout mal, maladie, défaut ou incapacité dont ceux-ci peuvent souffrir, et de diagnostiquer leur maladie et de prescrire à cet égard des traitements sans drogues.

Avant qu'un étudiant puisse entrer dans un collège enseignant l'ostéopathie, la chiropratique ou la thérapie sans drogues, il doit produire des preuves qu'il a passé les examens de matriculation en Ontario ou l'équivalent, ce qui est le minimum d'aptitudes requises (les collèges d'ostéopathie exigent que tous les étudiants qui se font inscrire chez eux aient suivi au moins deux années de cours universitaires en plus de leur diplôme d'enseignement secondaire).

Aucune école d'ostéopathie, de chiropratique ou de thérapie sans drogues n'est approuvée par le Conseil des régisseurs dans la province d'Ontario à moins de donner un cours d'au moins quatre ans à raison de neuf mois par an avec un minimum d'heures d'enseignement fixé à 4,200. Toutes les écoles ou tous les collèges approuvés par le Conseil des régisseurs de la province d'Ontario ont toutefois un minimum de 4,800 heures de cours et quelques-uns au delà de 5,000 heures. Les étudiants doivent apprendre au moins les sujets suivants:

Anatomie (dans toutes les branches, anatomie générale, dissection, etc.)

Physiologie
Chimie
Jurisprudence médicale
Pathologie
Psychologie
Oto-rhino-laryngologie
Histologie
Diététique
Diagnostic
Premiers secours et petite chirurgie
Psychiatrie
Gynécologie
Bactériologie
Hygiène et sanitation
Symptomatologie
Obstétrique
Principes de pratique, technique et traitement

C'est là le minimum de sujets enseignés dans les collèges approuvés. Après avoir obtenu un diplôme d'une école approuvée, le candidat qui demande l'inscription et une licence dans la province d'Ontario doit passer des examens écrits et oraux sur les sujets suivants:

Anatomie
Histologie
Physiologie
Bactériologie
Chimie
Diététique
Hygiène et sanitation
Diagnostic
Symptomatologie
Pathologie
Gynécologie
Premiers secours et petite chirurgie

Princes de pratique, technique et traitement

Cela vous donne une idée du degré d'instruction des candidats à l'inscription sous le régime de la Loi.

Il y a actuellement 115 ostéopathes et 417 chiropraticiens et thérapeutistes qui n'ont pas recours aux drogues, inscrits sous le régime de la Loi, soit un total de 532 thérapeutistes qui n'ont pas recours aux drogues inscrits au Conseil des régisseurs dans la première catégorie.

D'après une enquête effectuée dernièrement par le Conseil dans toute la province, ces praticiens donnent quotidiennement environ 8,000 traitements et durant 1942, 125,000 personnes différentes dans la province d'Ontario ont été traitées par des ostéopathes, chiropraticiens et thérapeutistes qui soignent sans drogues. En d'autres termes, au cours de 1942 dans la seule province d'Ontario, environ 125,000 personnes ont compté sur les ostéopathes, les chiropraticiens et les thérapeutistes traitant sans médicaments pour se faire soigner.

Une enquête montre que dans une période de dix ans environ 800,000 personnes dans la province d'Ontario ont eu recours à cette méthode de traitement. Il ne s'agit là que d'une seule province. Le total pour le Canada tout entier se chiffrerait sans aucun doute par millions.

D'après les procès-verbaux de la séance du 30 mars 1943, page 122, M. George Fulford, membre du Comité, a posé les questions suivantes:

M. FULFORD: Monsieur le président, je voudrais poser une question dans le même sens que celle de M. MacInnis à propos de l'exclusivité. Il ne semble pas être question d'inclure dans ces comités ou ces commissions des ostéopathes, des chiropraticiens ou des masseurs. Après tout, dans une collectivité moderne, ils constituent, aux yeux des profanes, un groupe important qui rend de réels services. A titre de profane moi-même, je ne puis m'empêcher de constater qu'ils jouent un rôle utile.

Le président a alors demandé au docteur Heagerty s'il pouvait répondre à la question et voici sa réponse:

Le Dr HEAGERTY: Eh! bien, les Grecs ont un mot pour cela, et nous en avons deux. Nous appelons cela des "services auxiliaires". Le médecin a l'avantage d'utiliser les services du masseur, de l'ostéopathe et du chiropraticien et tout autre service dont il croit que son patient a besoin. Cela répond, je crois, à toutes les autres questions.

Le Dr HEAGERTY: Ce mot "auxiliary" de la deuxième ligne (texte anglais) devrait être "ancillary". Partout où le mot "auxiliary" apparaît dans la citation (texte anglais), de fait dans tout l'exposé, il devrait être remplacé par "ancillary".

Le TÉMOIN:

M. FULFORD: J'ai soulevé ce point parce que, si la profession médicale devient toute puissante, j'espère qu'elle ne proscrira pas les praticiens qui soignent sans drogues.

L'hon. M. MACKENZIE: N'appartient-il pas aux provinces de décider cela selon leurs lois?

Et je tiens à souligner cette situation.

Le Dr HEAGERTY: Cela dépend de la signification du mot praticien général. Je crois, monsieur Watson, que nous avons employé l'expression "praticien général". En Colombie-Britannique, je crois, le chiropraticien est reconnu comme un praticien général—je ne crois pas me tromper en disant cela, mais si je me trompe le Dr Amyot pourra peut-être rectifier. Il y a eu du malentendu à ce sujet, car à la réunion du Conseil général du Canada, un représentant de la Colombie-Britannique a déclaré que l'ostéopathe, le chiropracte et le naturiste ou deux d'entre eux ou les trois, avaient droit à la désignation de "praticien général" en Colombie-Britannique. S'il en est ainsi, alors l'assuré ne pourra pas s'adresser directement à un chiropraticien ou à un ostéopathe, mais devra s'adresser à un praticien général.

M. CLEAVER: D'après cette réponse, docteur Heagerty, dois-je comprendre qu'une personne malade ne pourra pas obtenir les services d'un chiropraticien en vertu de la loi tant que le praticien général ne déclarera pas qu'elle a besoin de ses services?

Le Dr HEAGERTY: C'est ce qu'ils auront en vue.

M. CLEAVER: Cela semble très dangereux.

Il semble donc, d'après les réponses du docteur Heagerty à ces questions et d'après la lecture du projet de loi qu'il n'existe pas dans la loi de dispositions pour inclure les services des ostéopathes, chiropraticiens et thérapistes qui soignent sans drogues. S'il en est ainsi, une grande partie de la population sera

forcée d'abandonner la forme de traitement efficace sur laquelle elle comptait pour sa santé, dans laquelle elle avait foi et confiance, et la remplacer par un système qu'elle a déjà essayé et qu'elle a trouvé inefficace.

Le docteur Heagerty parle de "services auxiliaires". Il n'est pas douteux que le docteur Heagerty a dans l'idée l'emploi de masseurs et de physio-thérapistes et si vous consultez la page 3, article 3, paragraphes 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8 des règlements d'exécution du *Drugless Practitioners Act*, dont un exemplaire est annexé au présent mémoire, vous verrez que les règlements contiennent des dispositions au sujet de ces services ancillaires.

M. CLEAVER: Monsieur le président, permettez-moi de faire observer que le témoin cite nos procès-verbaux avec exactitude. Du moment que le docteur Heagerty a affirmé qu'il a dit "ancillary service" (texte anglais), je crois que l'édition définitive du compte rendu devrait être corrigée ainsi.

Le PRÉSIDENT: Oui, monsieur Cleaver, merci.

M. CLEAVER: Il y a "auxiliary" au compte rendu (texte anglais). Je l'ai vérifié.

M. MCCANN: Le mot dans la loi est "ancillary".

M. CLEAVER: Oui. Mais le docteur Heagerty est cité comme ayant employé le mot "auxiliary" (texte anglais).

Le Dr HEAGERTY: J'ai employé le mot "ancillary" (texte anglais). Je citais la Loi à ce moment.

M. CLEAVER: C'est une erreur sténographique.

Le PRÉSIDENT: L'erreur sera corrigée. Continuez, docteur Detwiler.

Le TÉMOIN (continuant):

Les règlements prescrivent qu'aucun physio-thérapeutiste ou masseur n'entreprendra le traitement de quelque mal, maladie, défaut ou incapacité du corps humain sauf sur une prescription d'un praticien médical, chiropraticien, thérapeutiste qui soigne sans drogues ou ostéopathe qualifié par la loi.

En d'autres termes, ce n'est que la grande classification comprenant l'ostéopathe, le chiropraticien et le thérapeutiste soignant sans drogues, qui est autorisée à diagnostiquer les maladies ou les incapacités des membres du public et à les traiter. Les autres catégories comprennent les masseurs et les physio-thérapeutistes qui ne sont pas autorisés à diagnostiquer et qui ne peuvent traiter les patients pour mal, maladie ou incapacité que sur une prescription d'un praticien médical dûment qualifié ou d'un chiropraticien, ostéopathe ou thérapeutiste soignant sans drogues dûment enregistrés.

Dans l'exposé présenté par le docteur Routley de la part de la *Canadian Medical Association* au Comité le mardi, 6 avril 1943, nous lisons à la page 151:

> Il y a aussi au Canada certains groupes qui n'acceptent pas de services médicaux—du moins à certains temps. Cependant ils ont tous profité des mesures de prévention et des services de santé publique, et tôt ou tard, la plupart d'entre eux ont également bénéficié du diagnostic et des traitements. Mais de plus, tous nos citoyens ont la même obligation vis-à-vis de la collectivité. Il n'y aura probablement aucun argument favorisant l'exclusion de certains groupes de la participation à un plan quelconque qui n'a pas déjà été présenté, il y a deux ou trois générations, contre l'inclusion du grand public dans un projet qui proposait de taxer toute la population pour l'entretien des écoles publiques, même si tous ne profitaient pas également des privilèges offerts. Naturellement, il est tout à fait dans l'ordre que ceux qui le désirent obtien-

nent leurs soins médicaux indépendamment de tout projet d'assurance, comme certains particuliers fréquentent des écoles qui ne relèvent pas de la Loi des écoles publiques ou séparées.

La conclusion évidente qu'on peut tirer de cela est que chaque citoyen sera tenu de verser sa contribution annuelle à la caisse mais qu'il sera également tenu de recevoir des traitements médicaux seulement de la part d'un praticien médical dûment qualifié, et que s'il désire avoir recours à des traitements sans drogues donnés par les ostéopathes, les chiropraticiens et les thérapeutistes qui soignent sans drogues, il devra le faire à ses propres frais et sans aucun secours de la part de la caisse que ses contributions ont aidé à créer. Nous prétendons que toute mesure de santé édictée par le gouvernement du Dominion devrait reconnaître aux bénéficiaires des prestations le droit de choisir leur propre forme de traitement médical et ne devrait pas les forcer à se faire soigner par une seule profession.

J'aimerais faire une remarque à cet endroit. Il est très vrai que nous bénéficions tous des services médicaux, des mesures prophylactiques, de la santé publique et de tout le reste. Cela ne fait aucun doute. Que nous nous fassions traiter par un ostéopathe, un chiropraticien ou un autre, nous sommes tous, avant tout, des citoyens du Canada. A ce titre, nous sommes fiers des progrès accomplis en santé publique, et nous en retirons des avantages. Mais les ostéopathes, les chiropraticiens et les thérapeutistes qui soignent sans drogues traitent un tas de gens à faibles revenus qui trouveront très difficile, sinon impossible, de payer le montant entier de leur contribution pour soins médicaux et payer en outre la note d'un chiropraticien ou d'un ostéopathe. Je veux bien faire ressortir cela. Je continue:

Si, comme il a été suggéré, la loi fédérale prend la forme de lois de contrôle et d'autorisation et laisse les mesures administratives et exécutives aux provinces, nous posons en thèse que le texte de la loi ne devrait en aucune façon empêcher les provinces de comprendre les ostéopathes, chiropraticiens et thérapeutistes qui soignent sans drogues parmi ceux auxquels peut s'adresser le public pour recevoir les soins médicaux et autres services sanitaires auxquels il a droit. Du moment que chaque province continuera à administrer comme précédemment ses propres lois sur la médecine et la santé, la loi fédérale ne devrait pas rendre impossible ou difficile aux lois provinciales d'inclure ces services comme l'ont fait jusqu'ici les lois du Dominion.

De la manière dont la loi est rédigée actuellement, nous sommes d'avis qu'il serait impossible à toute province—l'Ontario, par exemple, qui est celle qui nous intéresse—de prendre des dispositions quelconques à ce sujet dans la loi. Nous aimerions voir modifier le texte juste assez pour permettre à la province d'Ontario de les inclure, si elle le désire. Nous estimons que le texte de la loi devrait être un peu modifié à cet endroit. Je continue:

Du moment que la loi reconnaît aux praticiens qui soignent sans drogues le droit de diagnostiquer et de soigner les maux, maladies, défauts ou incapacités du corps humain par des méthodes sans drogues et qu'une grande partie de la population compte sur ces praticiens pour se faire soigner, il serait en conséquence injuste et inéquitable d'adopter des lois qui ne s'appliqueraient pas à tous et qui favoriseraient une classe ou une profession aux dépens d'une autre tout en exigeant des contributions de la part de tout le monde.

En notre qualité de corps gouvernant du Drugless Practitioners Act dans la province d'Ontario, nous désirons faire connaître nos vues et souligner à votre Comité la nécessité d'inclure dans tout projet de loi sur l'assurance-maladie, les chiropraticiens et les ostéopathes aussi bien que les membres de la profession médicale et autres.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Detwiler.

M. Veniot:

D. Puis-je poser une question spéciale. Le témoin aurait-il l'obligeance de nous dire combien il y avait de guérisseurs, ou praticiens qui soignent sans drogues, autorisés à pratiquer par la Loi quand elle a été votée, et combien ont passé des examens depuis pour être admis à l'inscription?—R. Je vais demander à notre secrétaire de répondre, s'il le peu. C'est une grosse question.

Le Dr MACFIE: Je n'ai pas bien entendu ce qu'on a dit.

M. VENIOT: Je voudrais savoir le nombre des praticiens soignant sans drogues que la Loi a autorisés à pratiquer, le nombre de ceux qui pratiquaient antérieurement, et de ceux qui ont été inscrits depuis, après avoir passé les examens?

Le Dr MACFIE: Cela comprend de 1926 jusqu'à présent. Je ne peux vous donner des chiffres précis de mémoire. Si vous voulez bien me donner votre nom et votre adresse, je me ferai un plaisir de vous procurer ce renseignement. Voulez-vous me donner votre nom?

M. VENIOT: Je m'appelle Veniot.

Le Dr MACFIE: Si vous voulez bien me donner votre adresse, je vous enverrai cela chez vous, ou ici au Comité. Désirez-vous les chiffres pour les grandes classifications seulement ou pour les grandes et les petites? En Ontario, comme vous le savez nous avons le Drugless Practioniers Act qui comprend tout ce qui n'est pas inclus dans la loi sur la médecine; en d'autres termes, ostéopathes, chiropraticiens, thérapeutistes soignant sans drogues, masseurs et pédicures. Voulez-vous le détail de ceux inscrits en 1926 et le nombre admis dans chaque classification depuis cette date ainsi que le nombre de ceux qui sont morts? Ou bien le chiffre de la première inscription ou le nombre de ceux admis depuis dans chaque classification?

M. VENIOT: Seulement les chiropraticiens et les ostéopathes.

Le Dr MACFIE: Admis depuis 1926?

M. VENIOT: Oui.

Le Dr MACFIE: Vous voulez savoir combien ont passé l'examen depuis cette date?

M. VENIOT: Oui.

M. CLEAVER: Je propose que ce renseignement soit envoyé au président et consigné au procès-verbal.

M. VENIOT: Nous voulons savoir combien ont été autorisés à pratiquer par la Loi au moment de son adoption. Avant la Loi, il y avait, disons, 400 ou 500 praticiens ou guérisseurs qui soignaient sans drogues en Ontario, et qui n'étaient pas enregistrés. Combien sur ce nombre ont été autorisés à pratiquer par la Loi?

Le Dr MACFIE: En 1926?

M. VENIOT: Oui, quand la Loi a été adoptée.

Le Dr MACFIE: Et combien ont passé les examens depuis?

M. VENIOT: Oui.

Le Dr MACFIE: Je me ferai un plaisir d'envoyer ce renseignement au président du Comité.

Le PRÉSIDENT: Merci. Y a-t-il d'autres questions? Non? Dans ce cas, au nom du Comité, messieurs, j'ai l'honneur d'adresser nos remercîments aux chiropraticiens et aux membres du Conseil des régisseurs pour avoir bien voulu venir ici aujourd'hui. Si je suis bien informé, un membre de chaque groupe sera à la disposition du Comité si nous avons besoin de nouveaux renseignements.

Nous allons nous ajourner jusqu'à mardi prochain.

A une heure de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mardi 8 juin, à 11 heures du matin.

APPENDICE "A"

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES MALADIES VÉNÉRIENNES DANS UN PROGRAMME D'ÉDUCATION

En avril 1943, le "Gallup Poll", à la suggestion de la *Health League of Canada*, fit une enquête sur l'opportunité d'un programme d'éducation sur les maladies vénériennes. Les résultats ont été publiés le 15 mai.

	Pourcentage
Favorables à l'idée	90
Défavorables à l'idée	2
Indécis	8

Le pourcentage des réponses approuvant l'adoption d'un tel programme est le plus haut jamais obtenu, lors d'une enquête Gallup sur un projet quelconque.

Rapport sur les analyses du sang sur les malades admis à l'hôpital Général de Toronto (à l'exception de la clientèle privée) pendant un certain nombre d'années. L'analyse était faite sur les malades sans distinction de la maladie provoquant leur hospitalisation. Les chiffres fournissent un pourcentage des admissions totales à l'hôpital, par année:

	Pourcentage		Pourcentage
1916	10.4	1930	3.4
1917	9.95	1931	2.7
1918	5.9	1932	2.5
1919	8.8	1933	2.5
1920	9.0	1934	1.7
1921	6.3	1935	1.5
1922	6.0	1936	1.7
1923	6.2	1937	1.5
1924	5.6	1939	1.5
1925	5.8	1939	1.4
1926	4.5	1940	2.0
1927	3.8	1941	2.5
1928	3.5	1942	3.4
1929	3.2		

Rapport des cas de syphilis à leur début traités à l'hôpital Général de Toronto au cours des années suivantes:

1921	29	1932	80
1922	43	1933	73
1923	43	1934	76
1924	42	1935	54
1925	41	1936	41
1926	42	1937	41
1927	40	1938	68
1928	74	1939	103
1929	86	1940	109
1930	95	1941	131
1931	79	1942	145

Rapport préliminaire d'une enquête instituée dans la ville de Toronto au cours du mois d'avril 1943. Cette enquête conduite conjointement par l'Académie de médecine et la *Health League of Canada*, consistait dans l'envoi d'un questionnaire à tous les médecins et toutes institutions dans le but de connaître le nombre des cas traités à une date déterminée.

Jusqu'à maintenant, 913 médecins ont répondu à ce questionnaire; 42 ne l'ont pas encore fait. Presque toutes les institutions ont répondu.

Ces chiffres n'ont trait qu'aux cas de syphilis à leur début (nouveaux cas) et une comparaison est établie avec les chiffres obtenus lors d'une enquête semblable conduite en 1937.

	Cliniques		Médecine	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1937	71	84	149	89
1943	246	235	281	173

Totaux

1937—Hommes	(nouveaux cas)	220
1937—Femmes	(nouveaux cas)	173
1937—Total		393
1943—Hommes	(nouveaux cas)	526
1943—Femmes	(nouveaux cas)	408
		934

Relevé de l'occupation des femmes qui se sont présentées à une clinique le 26 mai 1943:

Fabricante de boîtes
Maîtresse de maison
Maîtresse de maison
Commis des postes
Femme de peine
Maîtresse de maison
Demeurant à la maison
Inspectrice
Femme de peine
Maîtresse de maison
Ménagère (hôtel)
Garde-malade (service privé)
Nettoyeuse (magasin à rayons)
Fille de table (café)
Maîtresse de maison
Fille de table (laiterie)
Buandière trieuse
Finisseuses de photographies
Maîtresse de maison
Marqueuse
Travailleuse en munitions
Receveuse (bureau d'optométrie)
Appareilleuse de ceintures
Préposée aux écritures dans une industrie
Vendeuse de robes (magasin à rayons)
Commis de banque
Opératrice de machine (travail civil)
Opératrice de machine (travail de guerre)

Trieuse de vêtements (travail civil)
Ajusteuse (travail civil)
Vendeuse de cigares
Maîtresse de maison
Relieuse à la machine (société industrielle)
Opératrice (usine de munitions)

Etat civil des femmes susdécrites

Célibataires	12
Mariées	15
Séparées	6
Veuves	3

RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS AU COURS D'UN EXAMEN DE RAPPORTS FAITS PAR LA PRÉVOYANCE SOCIALE

Une fiche est dressée pour chaque cas de maladie vénérienne afin d'obtenir le nom et l'adresse de la source d'infection et de savoir comment l'infection a débuté. Un grand nombre de ces sources d'infections n'ont pas été rémunérées.

Cas n° 1—Rencontra la source à ..... Lunch, rue Queen. Tous deux se rendirent dans une chambre à l'hôtel .....
Cas n° 2—Racola la fille à l'hôtel ..... Se rendirent dans une pension, rue Dundas.
Cas n° 3—Rencontra la fille à une sauterie, à l'hôtel ..... Allèrent à une pension.
Cas n° 4—Rencontra la fille dans la taverne ..... Louèrent une chambre dans un hôtel pour une période indéterminée.
Cas n° 5—Rencontra la fille dans une taverne. Allèrent à l'hôtel ....., rue Jarvis. Croit que la fille vient de la campagne.
Cas n° 6—Rencontra la fille dans une soirée. La conduisit dans une maison, rue Elm.
Cas n° 7—Racola la fille alors qu'il était en automobile. La conduisit chez lui.
Cas n° 8—Racola la fille dans un cinéma. Allèrent dans une chambre, rue Richmond. Lui donna 50 cents.
Cas n° 9—Racola la fille dans un hôtel. Se rendirent dans une pension, rue George. Déclare qu'il y a un grand nombre de pensions où l'ont peut aller.
Cas n° 10—Racola la fille rue Jarvis. La conduisit à l'hôtel .....
Cas n° 11—Racola la fille rue Queen et la conduisit à sa propre chambre (à lui).
Cas n° 12—Rencontra la source au cours d'une sauterie, à l'hôtel .....
Cas n° 13—Devint infecté, ... rue Pembroke.
Cas n° 14—Rencontra la fille à l'hôtel .....
Cas n° 15—Racola la fille rue Church, mais était trop ivre pour savoir où ils allèrent.
Cas n° 16—Rencontra la fille dans une chambre d'hôtel, à Brockville.
Cas n° 17—Fille. Va où on la conduit pour la nuit ..... etc., ou dans une pension.
Cas n° 18—Rencontra la fille à l'hôtel ..... Se rendirent à une maison, rue Sherbourne.
Cas n° 19—Racola la fille à l'hôtel ..... et y louèrent une chambre.

Sur un total de 60 cas, on a la preuve dans dix cas seulement que de l'argent a été donné. Dans 42 cas, aucun argent ne fut donné. On n'a pas de renseignement pour 8 cas.

APPENDICE "B"

MÉMOIRE PRÉSENTÉ AU COMITÉ PARLEMENTAIRE SPÉCIAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE PAR LA HUMAN ADJUSTMENT INSTITUTE, VANCOUVER, C.-B.

Votre Comité est prié d'étudier soigneusement, dans son enquête sur la question de santé nationale, la pratique qui se répand rapidement chez un très grand nombre de personnes de s'en rapporter entièrement, pour le maintien de leur santé, à un régime d'alimentation organisé et scientifique, sous la surveillance de personnes formées spécialement dans cette branche de la science.

La consommation des aliments par la moyenne des gens peut être soit la *cause*, soit la *prévention* d'un grand nombre de mauvais états de santé. Cette constatation a été faite par un groupe considérable d'organismes occupés aux recherches scientifiques et par un service du gouvernement fédéral. Maintenant, une branche spéciale de la science s'occupe exclusivement de la question de l'alimentation du corps humain.

En établissant le service de l'alimentation au ministère des Pensions et de la Santé nationale, sous la direction du docteur L. B. Pett, le gouvernement fédéral a reconnu définitivement le fait. Tout récemment, ce service a exécuté un programme des plus complets d'éducation en masse jamais présenté au peuple canadien. Le but de cette campagne était d'encourager le peuple à manger sagement en vue de maintenir la santé en temps de guerre vu que les services des médecins sont requis pour aider l'effort de guerre. On peut ajouter que c'est là un excellent programme, en temps de guerre aussi bien qu'en temps de paix.

Au cours des vingt dernières années des institutions de renom ont été fondées dans le but d'enseigner aux gens, hommes et femmes, comment aider à corriger des maladies par l'alimentation. Brièvement, nous pouvons dire que le travail de ces institutions a établi dans l'esprit d'une grande partie du public, les avantages de corriger la maladie par l'intermédiaire de l'alimentation plutôt que par les médicaments d'un genre ou d'un autre. Ces institutions, telles que le *Battle Creek Institute*, le *Department of Nutritional Research* de l'Université John Hopkins, la Fondation Lee, du Wisconsin, l'Ecole Lindlahr, Chicago, Illinois, l'Institut Hauser, à Los Angeles, le *British Institute of Nutritional Research*, de Londres, Angleterre, ainsi qu'un bon nombre d'autres qui prospéraient sur le continent européen avant 1939, ont fait tellement de progrès que le traitement par le régime alimentaire est devenu une thérapie reconnue. Plus de 5,000 personnes occupées aux recherches scientifiques ont travaillé dans le domaine compliqué de l'alimentation, et aujourd'hui les résultats de leurs recherches se trouvent dans notre connaissance:

1. Des vitamines et du rôle important qu'elles jouent non seulement comme correctif mais aussi comme préventif des maladies.

2. Des minéraux et leur usage; des déficiences de constitution qui sont occasionnées par le manque d'aliments porteurs de minéraux et la correction de déficiences corporelles qui peut être obtenue par l'inclusion, dans le régime alimentaire, de nourriture contenant les substances minérales requises. C'est ce domaine qui offre les plus brillantes perspectives à l'égard de la prévention des maladies par carence.

3. Des hormones et de la valeur importante d'aliments à base d'hormones pour remédier aux déficiences du système endocrinal.

4. Des valeurs caloriques et de l'importance de la quantité d'aliments absorbés qui est maintenant considérée comme vitale au maintien de la santé.

Toutes ces choses et plusieurs autres sont maintenant à notre disposition grâce aux recherches scientifiques dans le domaine de l'alimentation; mais on serait mal avisé de suggérer qu'elles peuvent être mises en pratique par le profane sans conseils ni surveillance techniques.

Ce service de la science afférent au maintien de la santé publique n'est pas nécessairement du ressort du médecin. Malheureusement, un grand nombre de ces derniers sont fortement opposés aux pratiques de l'alimentation, et cependant la science a démontré hors de tout doute, que l'alimentation atteint le but désiré. La plus grande partie des spécialistes dans le domaine de l'alimentation ne sont pas des médecins mais bien des savants qui ont fait des études spéciales de la chimie alimentaire et de ses effets sur le corps humain.

Il est bien établi maintenant que les régimes alimentaires *seuls* peuvent remédier à certains états physiques tels que le rhume, la constipation, l'arthrite, le rhumatisme, l'urémie, l'auto-intoxication, l'hyperacidité, l'hypoacidité, la dermatose, l'anémie ainsi qu'une foule d'états semblables. Il a été démontré qu'on peut remédier à ces conditions d'une manière permanente et que lorsqu'une personne a été instruite sur les aliments qu'elle peut manger, non seulement cette condition est finalement corrigée mais cette personne peut recevoir d'autres conseils qui préviendront la récidive de cette condition.

Le grand nombre de gens qui s'intéressent maintenant à ce genre de traitement, grâce en partie au programme d'éducation du gouvernement et en partie à d'autres programmes, sont maintenant en face de la possibilité, si ce traitement n'est pas inclus dans un *service séparé* de la loi d'assurance-maladie, de ne pouvoir se le procurer, sauf à leurs propres frais, même en dépit du fait qu'elles contribuent au plan de santé nationale. On ne peut pas s'attendre à ce que tous ces gens puissent se procurer ce genre de traitement en s'adressant à un médecin parce que, comme nous le disons plus haut, nombre de médecins n'approuvent pas ou ne sont pas compétents à approuver des régimes alimentaires conformes aux plus récentes découvertes scientifiques. Cette déclaration est faite avec tout le respect dû à la profession médicale si essentielle pour la santé et le bien-être du public, mais un grand nombre de médecins déclarent ouvertement qu'ils ne savent rien sous le rapport de l'alimentation et qu'ils n'ont pas à leur disposition le temps de retourner aux universités pour en faire l'étude de la manière voulue pour pouvoir l'appliquer exclusivement aux fins ci-dessus mentionnées.

En conséquence notre Institut recommande à votre Comité que des dispositions soient prises dans la loi pour que les gouvernements provinciaux—qui on peut le supposer seront chargés de l'application de cette loi—soient autorisés de payer aux hygiénistes diplômés et reconnus en matière d'alimentation, des honoraires raisonnables, pour le soin et l'éducation des personnes qui préfèrent se soumettre à ce genre de traitement plutôt que de se faire traiter par un médecin. Nous ne nous proposons pas dans ce mémoire d'intervenir dans les questions de liberté qui sont essentielles, mais nous recommandons fortement, dans l'intérêt de ce grand nombre de gens, qu'un telle disposition soit adoptée et nous prions respectueusement votre Comité de faire rapport dans ce sens à la Chambre des communes.

Pour le conseil d'administration du
Humane Adjustment Institute,
Vancouver, C.-B.

B. MACDONALD,
Président.

O. W. SPENCER,
Secrétaire.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule N° 18

SÉANCE DU MARDI 8 JUIN 1943

TÉMOINS:

M. V R. Smith, gérant général, *Confederation Life Association.*
M. W. M. Anderson, gérant général adjoint, *North American Life Assurance Company.*

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 8 juin 1943.

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, Bruce, Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Claxton, Cleaver, Côté, Fauteux, Fulford, Gershaw, Gregory, Hatfield, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Lalonde, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGarry, McIlraith, Maybank, Shaw, Warren et Wood—27.

Le président donne lecture d'une lettre par laquelle M. Warren J. Maxwell, de la *New Brunswick Optometrical Association* remercie le Comité du bon accueil fait aux opticiens lors de leur comparution, le 1er juin.

Le président donne aussi lecture d'une lettre par laquelle Mme Anne E. Spencer, du *World ellowship of Faith and Service* proteste contre les pouvoirs que le projet de loi d'assurance-maladie confère aux médecins.

Sur proposition de M. MacInnis, il est ordonné que ces deux lettres soient imprimées dans les témoignages de ce jour.

M. V. R. Smith, gérant général de la *Confederation Life Association*, est appelé et prié de présenter les autres membres de la *Canadian Life Insurance Officers Association*. Il présente au Comité les personnes suivantes:

M. W. M. Anderson, gérant général adjoint, *North American Life Assurance Company;*

M. Bruce R. Power, secrétaire et actuaire, *Canadian Life Insurance Officers Association;*

M. G. W. Bourke, actuaire, *Sun Life Assurance Company of Canada;*

M. S. C. McEvenue, gérant général, *Canada Life Assurance Company;* et

M. H. R. Stephenson, gérant général, *Crown Life Insurance Company.*

MM. Smith et Anderson alternent pour présenter leur mémoire.

Le président devant s'absenter, M. McCann prend le fauteuil. Plus tard, le président revient et reprend sa place.

L'appendice qui accompagne le mémoire n'est pas lu, mais il est ordonné qu'il soit inséré dans les témoignages.

Les témoins sont interrogés et se retirent après que le président les a remerciés de leur déposition.

A midi et 30, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le jeudi 10 juin, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 8 juin 1943.

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, j'ai reçu deux lettres destinées au Comité. La première vient de M. Warren J. Maxwell, de l'Association des optométristes des provinces Maritimes, me priant de transmettre au Comité ses remerciements sincères et les remerciements de ceux qu'il représente, pour la courtoisie dont les membres du Comité ont fait preuve à son égard et à l'égard des autres délégués.

Le 3 juin 1943.

L'hon. CYRUS MACMILLAN, président,
Comité spécial de la sécurité sociale,
Edifices du Parlement, Ottawa.

CHER MONSIEUR,—En mon nom personnel et à titre de représentant des provinces Maritimes, je vous adresse, à vous et aux membres du Comité, mes remerciements pour la réception attentive et courtoise que vous nous avez réservée mardi.

Nous avons reçu avec plaisir votre assurance que le mémoire de l'Association canadienne des optométristes (l'organisme national), qui n'a pas été lu faute de temps, serait inséré au compte rendu. Je regrette seulement que le même manque de temps m'ait empêché d'avoir une plus longue entrevue avec vous après la séance.

Sincèrement vôtre,

(Signé) WARREN J. MAXWELL.

L'autre lettre provient de Mme Anne Spencer, secrétaire internationale du conseil général du *World Fellowship of Faith and Service*, de Vancouver. Je n'en lirai que le premier paragraphe, en vous demandant la permission de faire insérer la lettre au compte rendu.

Au cours d'une séance du conseil exécutif de l'organisme ci-dessus, j'ai été chargée de vous transmettre, de la manière la plus vigoureuse possible, notre protestation contre le projet de n'assimiler aux prestations, dans le plan de sécurité sociale, que les traitements des médecins, en ce qui concerne les soins aux malades.

Suivent certaines raisons à l'appui de cette protestation. Avec votre permission, la lettre sera versée au compte rendu.

M. MCCANN: Quelle est cette association?

Le PRÉSIDENT: The World Fellowship of Faith and Service.

M. MCCANN: Est-ce une association canadienne?

Le PRÉSIDENT: C'est une section d'une association universelle.

M. MCCANN: En quel endroit du monde a-t-elle pris naissance?

Le PRÉSIDENT: Je ne le sais pas. Je n'étais probablement pas né à cette époque. La section est à Vancouver. La lettre sera-t-elle insérée au compte rendu?

M. MACINNIS: Je le propose.

Le PRÉSIDENT: Adopté.

WORLD FELLOWSHIP OF FAITH AND SERVICE

Tower Room, Vancouver Block,

Vancouver, C.-B.

1er juin 1943.

L'hon. CYRUS MACMILLAN,
Président du Comité spécial de la Chambre des communes sur la sécurité sociale.
Edifices du Parlement,
Ottawa.

CHER MONSIEUR,

Au cours d'une séance du conseil exécutif de l'organisme ci-dessus, j'ai été chargée de vous transmettre, de la manière la plus vigoureuse possible, notre protestation contre le projet de n'assimiler aux prestations, dans le plan de sécurité sociale, que les traitements des médecins, en ce qui concerne les soins aux malades.

Nous représentons, avec d'autres associations, un grand nombre de personnes qui n'approuvent pas l'usage, en tous temps, des remèdes préconisés par les médecins, mais préfèrent l'usage des remèdes préconisés par les différentes sections de ceux qui guérissent par les procédés naturels, ainsi que par les procédés diversement décrits comme des procédés mentaux, spirituels, métaphysiques ou encore sous le nom de *Christian Science*.

Nous insistons pour que le rapport de votre Comité à la Chambre des communes, quel qu'il soit, comprenne la protestation de ceux qui s'opposent à placer les citoyens du Canada entièrement entre les mains des médecins, en ce qui concerne les prestations du projet de législation sur la sécurité sociale.

Votre dévouée,

(Signé) ANNE E. SPENCER.

Mme Anne Spencer,
secrétaire internationale,
Conseil général du
World Fellowship of Faith and Service.

Ce matin, nous recevons les représentants de la *Canadian Life Insurance Officers' Association.* M. V. R. Smith, directeur général de la *Confederation Life Association* présentera les délégués.

M. SMITH: Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs, cette députation représente la *Canadian Life Insurance Officers' Association,* et j'ai l'honneur de vous présenter: M. Anderson, gérant général adjoint de la *North American Life,* président du comité d'assurances sociales; M. Power, secrétaire de la *Canadian Life Insurance Officers' Association;* M. Bourke, actuaire en chef de la *Sun Life of Canada;* M. McEvenue, gérant général de la *Canada Life Assurance Company;* M. Stephenson, gérant général de la *Crown Life Insurance Company.* Monsieur le président, si vous le permettez, M. Anderson commencera par lire une partie du mémoire, je continuerai en lisant la suite, M. Anderson reprendra la lecture, et je terminerai. De la sorte, les membres du Comité n'entendront pas la même voix d'un bout à l'autre.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Smith.

M. SMITH: Avant de m'asseoir, je désire présenter au docteur Heagerty nos félicitations pour l'honneur qui vient de lui être conféré, le jour de la fête du Roi.

Le PRÉSIDENT: La parole est à M. Anderson.

M. W. M. ANDERSON est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs, je voudrais lire d'abord la lettre de présentation qui est comme la préface du mémoire que nous soumettons:

Au nom du comité d'assurances sociales de la *Canadian Life Insurance Officers' Association*, nous avons l'honneur de vous présenter le mémoire suivant. En même temps, nous exprimons notre satisfaction de voir votre Comité étudier le problème important de la sécurité sociale, avec, pour objet d'étude immédiat, les projets de plans d'hygiène publique et d'assurance-maladie au Canada.

Nous vous remercions de nous avoir invités à témoigner devant vous et de nous avoir fourni l'occasion de participer à vos délibérations.

La *Canadian Life Insurance Officers' Association* est une association volontaire des fonctionnaires de quarante-huit compagnies, canadiennes, britanniques et américaines, opérant au Canada et représentant plus de 99 p. 100 du total des polices d'assurance-vie en vigueur au Canada, à l'exclusion des polices des sociétés mutuelles.

En étudiant les difficiles problèmes sociaux qui vont se poser, l'Association a pu utiliser les études qu'elle avait déjà faites, depuis une dizaine d'années, sur plusieurs problèmes de sécurité sociale, y compris ceux de l'assurance-chômage, de l'assurance-maladie et des pensions de vieillesse, ainsi que son expérience de diverses catégories d'assurance.

En outre, l'Association est au courant de plusieurs aspects essentiels de la question, d'ordre économique ou sociologique, grâce au concours financier qu'elle a prêté à des œuvres d'hygiène publique, et particulièrement à l'intérêt qu'elle a porté aux questions de nutrition et d'amélioration du logement.

Ces problèmes de sécurité sociale mettent en cause les rapports élémentaires mais très complexes entre des millions d'individus dont les points de vue sont divergents. On a dit que la sécurité sociale est une équation dont les deux termes sont la nature humaine dans tous ses aspects et les facteurs économiques essentiels.

On voit donc qu'un programme de législation exige une coordination entre plusieurs traits de cet ensemble que le public commence à connaître sous le nom de "sécurité sociale". Nos études sur tous ces points, bien que très poussées, ne sont pas encore parvenues au stade où nous pourrons fournir un résumé d'ensemble. Néanmoins, quand nous avons reçu l'invitation de témoigner devant votre Comité, nous avons décidé de l'accepter, et de vous exposer nos idées au point où elles en sont. Pour les raisons énumérées dans notre mémoire préliminaire, nous présumons que vos audiences seront reprises plus tard, et que l'Association pourra compléter et amplifier son mémoire, à la lumière des changements que la suite de la guerre apportera, et à la lumière des études que nous poursuivrons sur le sujet de la sécurité sociale.

L'Association espère que les suggestions présentées dans ce mémoire préliminaire, et basées sur cette somme d'expérience et d'observation, pourront être utiles à votre Comité. Permettez-nous d'ajouter que nous serons très heureux de prêter notre concours à votre Comité dans toutes les circonstances où il pourra le désirer.

Respectueusement soumis,

H. W. MANNING
Président.

B. R. POWER,
Secrétaire et actuaire.

Monsieur le président, j'ai communiqué par téléphone avec M. Manning, avant-hier, et il m'a prié d'excuser son absence. Il est venu ici la semaine dernière, mais n'a pu rester. Je cède la parole à M. Smith.

M. V. R. SMITH est appelé.

MÉMOIRE PRÉLIMINAIRE SUR LE PROJET D'INAUGURATION DE PLANS D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET D'ASSURANCE-MALADIE AU CANADA

Au président et aux membres
du Comité spécial de la sécurité sociale de la Chambre des communes.

Le Comité d'assurances sociales de la *Canadian Life Insurance Officers Association* saisit avec plaisir cette occasion de soumettre au Comité spécial de la sécurité sociale de la Chambre des communes le résultat de ses délibérations sur un certain nombre des problèmes multiples et compliqués de la sécurité sociale, et particulièrement sur le projet d'inauguration de plans d'hygiène publique et d'assurance-maladie au Canada.

Au milieu d'une lutte de défense mondiale, et avant que la fin soit en vue, mais avec la confiance que le conflit se terminera par notre victoire et par la reddition sans conditions de nos ennemis, nous avons graduellement édifié une conception de la liberté sur laquelle nous avons commencé à poser les bases de plans d'organisation du monde d'après-guerre.

Les gouvernements et les peuples, non seulement au Canada mais chez d'autres nations unies, ont adopté pour objectif la suppression de la misère et de la crainte. Dans ce but, deux propositions ont été faites:

(*a*) L'abolition du chômage massif en temps de paix, et du chômage prolongé d'année en année pour le même individu; et

(*b*) L'inauguration et la coordination de plans de sécurité sociale pour toutes les classes, pour toutes les fins, et "du berceau à la tombe".

Nous attirons l'attention sur l'opinion de sir William Beveridge, qu'un plan satisfaisant d'assurance sociale comporte le maintien de l'emploi et la prévention du chômage. Ceci ne veut pas dire la suppression de tout chômage, "mais la suppression du chômage massif et du chômage prolongé, d'année en année, pour le même individu". Cela veut dire que son plan devrait, par lui-même, tendre à cette suppression. Dans quatre des cinq raisons données pour soutenir qu'un plan satisfaisant d'assurance sociale comporte le maintien de l'emploi et la suppression du chômage massif, le rapport Beveridge dit (paragraphe 440):

Quatrièmement, et c'est la raison la plus importante, la sécurité du revenu, qui est tout ce que l'assurance sociale peut procurer, est si insuffisante au bonheur humain qu'il ne vaut guère la peine, semble-t-il, d'en faire la mesure unique ou principale de la restauration. Elle doit être accompagnée par la résolution proclamée d'utiliser les pouvoirs de l'Etat, dans toute la mesure nécessaire, pour assurer à tous, non pas la continuité absolue du travail, mais une chance raisonnable d'emploi productif.

Et le rapport dit encore, au paragraphe 443:

Les effets probables et possibles du plan de sécurité sociale sur la stabilisation de la demande de main-d'œuvre comptent parmi ses avantages et méritent d'être remarqués. Mais il ne faut pas exagérer leur importance. Ils ne constituent que des mesures auxiliaires, et ne touchent pas au problème essentiel de maintenir l'emploi. Pour cela, d'autres mesures sont nécessaires. Si on ne les prépare et si on ne les met en vigueur, le plan de sécurité sociale perdra beaucoup des avantages qu'il pourrait offrir.

En attirant l'attention sur les idées vigoureusement exprimées par sir William Beveridge, nous désirons insister sur ce point que toute mesure d'assurance-maladie destinée à:

(*a*) fournir un système de service médical tendant à maintenir la santé, à prévenir la maladie et à soulager les malades; et

(*b*) mettre tous les services médicaux nécessaires, tant en médecine générale qu'en médecine spéciale, à domicile et à l'hôpital, à la disposition de tous les individus,

doit faire partie d'un plan coordonné de sécurité sociale basé sur la suppression du chômage massif.

Nous insistons donc pour la prise en considération de ce point, sur lequel nous reviendrons plus loin, dans ce mémoire.

Prise en considération des problèmes au Canada

D'autres comités du Parlement canadien s'occupent de cet ensemble de problèmes. Ce sont le comité spécial du Sénat sur le rétablissement économique et la sécurité sociale, et le comité parlementaire spécial de la restauration et du rétablissement.

Il conviendra, semble-t-il, que les propositions des trois comités soient coordonnées en un ensemble cohérent. De plus, le Canada a déjà promulgué des lois de sécurité sociale, par exemple sur l'assurance-chômage, sur les pensions de vieillesse, sur les allocations maternelles et sur les accidents du travail. Ces lois ont été préparées et promulguées séparément, et constituent un groupe hétérogène de mesures législatives qu'il serait évidemment avantageux de coordonner. L'opportunité d'une coordination de ce genre en Grande-Bretagne a été la raison principale de la mission confiée à sir William Beveridge. On peut raisonnablement présumer que le Canada ne promulguera pas d'autres lois séparées sur un aspect quelconque de la sécurité sociale sans étudier l'ensemble du programme et sans adapter chaque loi existante ou projetée à cet ensemble.

Opinion de l'Association

L'industrie de l'assurance-vie approuve vivement et soutiendra volontiers l'inauguration et la coordination de plans de sécurité sociale bien préparés et praticables en vue d'assurer à toutes les classes un niveau minimum de subsistance.

Nous approuvons aussi vivement l'inauguration de services d'hygiène et de rétablissement sur une grande échelle.

Aux Etats-Unis, les plans partiels de sécurité sociale déjà inaugurés ont stimulé l'activité des compagnies d'assurance-vie. Il en sera de même au Canada: l'application de nouvelles mesures de sécurité sociale pourra stimuler la demande d'assurance-vie. Quoi qu'il en soit, le travail[1] des compagnies d'assurance-vie dans le domaine des mesures d'hygiène préventive, dans le domaine de la nutrition en collaboration avec la *Canadian Medical Association*, dans le domaine des recherches sur le cancer, dans les domaines dentaires et autres, prouve l'intérêt que nous portons aux plans destinés à développer le Canada et à faire des Canadiens un peuple sans rival, aux points de vue de la santé et de la force, de l'éducation et de l'intelligence, de l'esprit d'entreprise et de l'initiative.

C'est ainsi que nous envisageons la coordination des mesures d'hygiène existantes et l'inauguration de vastes plans d'hygiène et de rétablissement. Disposés à soutenir les plans bien coordonnés qui seront élaborés dans ce but, nous présentons quelques suggestions à ce sujet.

LE DOMAINE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

Le 27 novembre dernier, nous avons soumis au comité consultatif d'assurance-maladie un mémoire exposant nos idées sur le sujet de l'hygiène publique. Il serait superflu de repasser en détail les opinions exprimées à cette époque, puisqu'elles ont été publiées dans le rapport du comité consultatif. Toutefois, nous désirons insister sur l'extrême importance que nous attachons aux mesures prises dans le domaine de l'hygiène publique, et sur la nécessité d'éliminer les causes de maladies. Il semblerait vain de procurer aux individus un traitement médical, de les guérir et de les restituer à leur emploi, simplement pour qu'ils retombent malades. Il faut multiplier les efforts pour supprimer la cause de la maladie, par exemple, en améliorant l'alimentation, en supprimant les taudis, en améliorant le logement, l'hygiène industrielle ou les conditions sanitaires, en intensifiant la propagande et l'éducation.

Leur vaste expérience des œuvres d'hygiène publique a convaincu les compagnies de la nécessité de coordonner toutes les mesures à prendre dans le domaine de la médecine préventive avec le plan d'assurance-maladie, sans les absorber dans ce plan. L'inauguration de mesures d'hygiène publique ne devrait nullement dépendre de l'inauguration de l'assurance-maladie. Les diverses sortes de mesures préventives peuvent et doivent se prendre aussi complètement que possible, sans attendre le fonctionnement du plan d'assurance-maladie. Ceci ne signifie point que l'introduction de l'assurance-maladie n'augmentera pas l'efficacité des mesures d'hygiène préventive. A cet égard, nous estimons que les mesures préventives n'obtiendront leurs pleins résultats que lorsque les médecins praticiens seront devenus, en fait, des fonctionnaires de l'hygiène publique auprès les familles qui constituent leur clientèle.

Problèmes d'effectifs en temps de guerre

Notre opinion à ce sujet est influencée par ce fait qu'il sera probablement impossible d'appliquer les dispositions assurant les coins médicaux avant la fin de la guerre. Nombre de nos médecins, dentistes, infirmières et d'auxiliaires de ces professions sont au service militaire. Beaucoup d'entre nous ont subi, dans leur famille, les conséquences de la réduction des effectifs civils de ces professions.

[1] En appendice est fournie la liste des mesures d'hygiène auxquelles les compagnies d'assurance-vie ont prêté le temps, l'énergie et les connaissances de leurs fonctionnaires, sans parler de contributions se montant à plusieurs centaines de milliers de dollars.

Puis, un grand nombre des médecins, des dentistes et des infirmières, particulièrement ceux qui sont passés directement de leurs études au service militaire, auront pu s'habituer à des conditions d'exercice professionnel très différentes de celles de la pratique civile en temps de paix. Quelle sera leur attitude après la démobilisation, lorsqu'ils retourneront à la vie civile, ainsi que leur clientèle de soldats, de marins et d'aviateurs?

Nous parlerons plus loin dans le présent mémoire de la nécessité de former un personnel administratif expert, qui n'est pas disponible actuellement, et ne le sera probablement pas avant la fin de la guerre.

Cette pénurie de main-d'œuvre, ainsi que les difficultés actuellement rencontrées dans la gestion des hôpitaux et le manque de place dans les hôpitaux qui durera probablement jusqu'à la fin de la guerre, nous fournissent une occasion de discuter et d'analyser toutes ces propositions de mesures d'hygiène préventive ainsi que l'établissement d'un fonds d'assurance-maladie. Nous insistons là-dessus parce que le public serait probablement déçu de ne pas recevoir les prestations promises, et rien n'est plus dangereux pour la démocratie qu'un peuple déçu.

Ces difficultés ne doivent pas nécessairement retarder le perfectionnement des plans et la promulgation des lois concernant l'assurance-maladie, même si l'application du plan lui-même devait être retardée.

M. Anderson va continuer la lecture du mémoire.

M. Anderson lit:

PROPOSITIONS DU COMITÉ CONSULTATIF EN MATIÈRE D'ASSURANCE-MALADIE

Au sujet des propositions du comité consultatif en matière d'assurance-maladie, nous désirons d'abord signaler que le rapport du Comité ne nous est parvenu que depuis quelques semaines. Nos observations seront donc nécessairement d'un caractère général et provisoire, alors que nous aurions préféré entrer dans plus de détails. En outre, nous avons eu peu d'occasion de discuter ces problèmes à fond au sein de l'association. Nous croyons cependant exprimer l'opinion de la majorité de nos membres.

1. *Responsabilité de l'Etat dans le domaine des soins médicaux*

En abordant les propositions relatives aux soins médicaux, notre premier souci a été de déterminer si l'intervention de l'Etat dans ce domaine est nécessaire et désirable. Nous croyons qu'elle l'est, car le système actuel se révèle insuffisant à certains égards. Par exemple:

(*a*) Le soin des indigents n'est pas satisfaisant, tant en raison de son insuffisance qu'en raison de l'injustice de la répartition du fardeau financier.

(*b*) Parmi les groupes de faible revenu par tête, c'est-à-dire parmi les gens touchant de faibles salaires ou comptant beaucoup de personnes à leur charge, le coût des soins médicaux empêche d'obtenir un service complet et compromet la solvabilité économique de nombreuses familles.

(*c*) Dans les régions de population peu dense, le coût des services dépasse souvent la capacité de paiement des localités.

(*d*) Le médecin praticien n'est généralement pas assez libre de consacrer son temps aux mesures préventives qu'il pourrait seul prendre d'une manière très efficace.

Toutefois, nous désirons insister de nouveau sur ce point que le développement des services de traitement de toute sorte pourra être lent, puisqu'il dépend de l'accroissement du corps des techniciens et aussi de mises de fonds importantes. A ces deux points de vue, il semble que la période de l'après-guerre immédiate doit offrir les meilleures occasions de réaliser de sérieux progrès.

2. *Mode de financement des soins médicaux*

La question se pose naturellement de savoir si les sommes nécessaires au paiement des soins médicaux seront fournies par l'Etat qui les prélèverait sur les recettes fiscales, ou par les bénéficiaires versant des contributions. Nous sommes vigoureusement partisans d'un plan alimenté par les contributions spéciales des bénéficiaires, qui paieraient le coût des prestations. Nous croyons que, en règle générale, l'Etat doit éviter de se lancer dans des programmes comportant de fortes dépenses permanentes, à prélever sur les sources générales de revenu. Nous croyons en outre que les individus saisissent avec plaisir l'occasion de contribuer au coût de toutes les formes d'assurance sociale, car ils désirent s'associer au plan—non pas simplement en bénéficier—et parce qu'ils savent qu'un examen de leurs ressources ne serait guère justifié s'ils ont participé directement aux frais. Il faut encore penser qu'il pourra être impossible, au début, d'assurer un service égal à toutes les parties du pays, et qu'un système souple de contributions pourra être nécessaire, dans ces conditions, pour rétablir la justice.

3. *Mode de contribution à l'assurance-maladie*

En ce qui conserne le mode de contribution des individus à un plan d'assurance-maladie, nous croyons que, dans les limites du possible, le taux de contribution devrait être proportionné au coût des prestations attendues.

Le taux de $26 (ou plus exactement $26.45) donné, à titre d'exemple, par le comité consultatnf, ne représente que les cinq sixièmes du coût des prestations prévues ($18 par tête pour toute la population) réparti sur toute la population de 17 ans et plus, le dernier sixième devant être fourni par une subvention fédérale. Notre recommandation de proportionner le taux de contribution au coût intégral entraînerait une contribution de $31 ou $32, pour les mêmes prestations.

Une réduction du taux de contribution exige la participation financière de l'Etat ou de l'employeur, toujours difficile à justifier en théorie et toujours susceptible de changements en pratique. D'un autre côté, un taux de contribution supérieur aux prestations attendues enlèverait au plan son caractère d'assurance, et laisserait également la porte ouverte à de multiples changements. Toutefois, il paraît désirable d'englober le coût des prestations destinées aux enfants dans le taux de contribution des adultes, et cette mesure mérite d'être réellement populaire.

Nous désirons insister sur ce point que le taux individuel de contribution ne doit pas nécessairement être fixé pour une longue période. Ce taux dépend essentiellement de six facteurs:

(*a*) La proportion des enfants parmi la population assurée;
(*b*) Les taux d'invalidité indiqués par l'expérience, et l'ensemble variable des conditions d'âge, de sexe, d'occupation, etc., dont ces taux dépendent en partie;
(*c*) La quantité et la qualité des soins médicaux qu'il est possible de fournir;
(*d*) Le mode de rémunération du personnel technique, c'est-à-dire le système adopté pour la fixation des honoraires, salaires, etc., et dont le coût peut dépendre;
(*e*) L'échelle des honoraires, salaires, etc.;
(*f*) Le soin administratif apporté à l'examen des demandes.

Le coût des prestations peut varier sensiblement entre les différents groupes d'assurés, et, théoriquement, le taux de contribution peut aussi varier selon les risques courus. L'assurance privée est souvent obligée d'agir ainsi, pour se protéger contre l'inconvénient de l'abstention ou du retrait des "meilleurs risques".

Toutefois, le classement des catégories de risques et des taux de contribution respectifs est très difficile, et la justice réalisée peut être fort approximative, puisque les variations du risque à l'intérieur d'une même catégorie peuvent excéder les différences de risques entre diverses catégories. Ce perfectionnement peut être théoriquement désirable, mais il n'est pas nécessaire dans un plan obligatoire, et nous croyons que, au moins dans les débuts de l'assurance-maladie, le taux de contribution devrait être d'un montant égal pour tous les contributeurs.

La variété des facteurs qui entrent en jeu rend une grande précision impossible, quant à la prévision du niveau des contributions. Le taux de $26 fourni par le comité consultatif est basé sur l'hypothèse d'un prix de revient des fais médicaux de $21.60 par tête et par an. Nous comprenons que ce chiffre est censé représenter le coût dans le système actuel des soins médicaux. Il pourra changer sensiblement si les soins médicaux sont fournis en vertu d'un plan d'assurance-maladie.

Nous croyons que la meilleure évaluation du coût des soins médicaux dans un système d'assurance-maladie obligatoire se fera en recourant aux meilleurs renseignements et aux meilleures techniques disponibles. Nous regrettons que le comité consultatif n'ait pas fait connaître son opinion sur la méthode à suivre pour cette évaluation. En outre, si le chiffre de $21.60 par tête n'est pas une évaluation toute provisoire, nous aimerions savoir par quelles méthode il a été obtenu. La base de l'évaluation du coût n'est pas seulement très importante à l'origine, elle devra servir ensuite périodiquement pour changer les taux de contribution, afin qu'ils continuent de refléter les derniers renseignements sur le coût des prestations. Ce sera la seule manière d'établir un programme financier équitable et indiscutable.

4. *Personnes incapables de payer la contribution intégrale*

Dans le cas des personnes incapables de payer la contribution intégrale, nous avons noté avec un vif intérêt la proposition du comité consultatif, d'établir un taux limité de contribution, proportionné au revenu de chaque individu, en faisant compléter la contribution soit par l'employeur, soit par l'Etat. Cette méthode fournit un système homogène, sans anomalies, et qui s'étend des indigents, à une extrémité de l'échelle économique, jusqu'à ceux qui peuvent payer la contribution intégrale, à l'autre extrémité. La contribution est uniforme pour tous, l'employeur ou l'Etat assumant la charge quand l'individu ne peut payer intégralement.

D'un autre côté, il nous paraît illogique et inopportun de comprendre dans la législation sur l'assurance-maladie la manière de régler les cas ou l'assuré ne peut payer la contribution intégrale. L'existence de pareils cas est un problème économique et social indépendant du plan d'assurance-maladie, et de plus lointaine portée. Ne vaudrait-il pas mieux prévoir dans le plan d'assurance-maladie un taux de contribution uniforme et obligatoire, et régler ensuite, par une loi séparée, la manière de compléter la contribution dans les cas où l'assuré ne peut la payer intégralement? A notre avis, une loi séparée écarterait du domaine de l'assurance-maladie un problème tout différent, étranger à la tâche d'assurer des soins médicaux convenables. Et cette même loi séparée, qui pourrait s'appeler par exemple, Loi d'assistance à l'assurance sociale, pourrait servir à d'autres domaines de l'assurance sociale où l'incapacité de payer pourrait, autrement, exiger des modifications.

En raison de la suggestion qui précède et de ses conséquences, nous croyons inopportun de présenter en ce moment des commentaires sur les taux de contribution particuliers suggérés par le comité consultatif pour les groupes de faible revenu. Toujours pour la même raison, nous nous abstenons de commenter la

proposition d'après laquelle l'employeur supporterait une partie du coût, dans le cas des groupes de faible revenu, bien que nous soyons portés à penser que l'employeur ne devrait pas être obligé de verser des contributions de ce genre pour fins d'assurance-maladie.

5. *Fardeau financier de l'Etat*

Lorsqu'on présente des suggestions relatives à l'administration de plans de sécurité sociale, il est impossible de négliger le fardeau financier de l'Etat, et les questions constitutionnelles que cela soulève. Il est fort probable que l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, de 1867, sera revisé après la guerre, au moins dans une certaine mesure. Nous suggérons que l'on pense à l'opportunité des modifications constitutionnelles destinées à attribuer à l'Etat fédéral la responsabilité de la structure financière de tous les plans d'assurance sociale. Il ne sera pas possible, autrement, de répartir équitablement la charge entre les provinces et d'obtenir, entre les diverses parties du programme de sécurité sociale, la coordination si désirable et si nécessaire pour arriver aux meilleurs résultats.

La responsabilité du fonds d'assurance-maladie, comme celle du fonds d'assurance-chômage, incomberait donc à l'Etat fédéral. D'autre part, nous partageons l'opinion qui semble générale et d'après laquelle les provinces conserveraient la responsabilité administrative de la gestion des prestations d'assurance-maladie et exécuteraient, de concert avec les municipalités, nombre de mesures préventives, comme celles qui concernent l'alimentation, le logement, les mesures d'ordre sanitaire, éducationnel et autres, en vue de l'amélioration de la santé. Le gouvernement fédéral pourrait aider ces efforts des provinces en leur fournissant conseils et directives, en prêtant les services de ses experts, et en accordant judicieusement des subventions limitées à titre de stimulant.

La proposition du comité consultatif, donnée comme exemple, pour le financement de l'assurance-maladie, fournirait aux provinces un fonds comprenant: (*a*) une subvention fédérale par tête; (*b*) les contributions individuelles des citoyens, variables selon la proportion d'enfants et la capacité de paiement qui existe dans la province.

La province doit fournir la différence entre le fonds ainsi constitué et les frais d'exploitation du plan, comprenant les frais administratifs de la perception des contributions et le paiement des soins médicaux. La charge provinciale n'est pas considérable, mais elle peut varier, d'une province à l'autre et d'une année à l'autre, selon l'incapacité de payer et la proportion d'enfants qui peuvent exister dans la provinces. L'un des plus graves inconvénients de ce système est que les provinces les moins riches subiraient les charges les plus lourdes. La proposition de diviser le coût entre le fédéral et les provinces ne suffirait pas à corriger cette situation. On peut se demander si certaines provinces ne seraient pas incapables de faire fonctionner le plan d'assurance-maladie sur les bases financières proposées jusqu'ici.

Nous avons suggéré une méthode comprenant l'intervention fédérale sous la forme d'une loi séparée couvrant les déficits résultant de l'incapacité de payer. Dans la législation même de l'Etat fédéral sur l'assurance-maladie, nous suggérons de former avec les contributions intégrales un fonds national, sur lequel des paiements seraient faits aux provinces, sur une base per capita. La charge provinciale ne serait plus que la différence entre un revenu par tête constant et le coût réel des frais médicaux dans la province, y compris les frais administratifs. Elle ne serait pas modifiée par l'incapacité de payer des assurés, ni par la proportion d'enfants dans la population provinciale.

Pour résumer, la proposition actuelle envisage neuf fonds d'assurance, avec des charges financières variant entre les provinces et soumises à des changements économiques qui échappent au contrôle de celles-ci. Nous proposons un fonds

d'assurance national, sous la responsabilité financière et sous le contrôle du pouvoir fédéral, mais remettant entre les mains des provinces l'administration des prestations d'assurance-maladie, tout en les déchargeant des fardeaux financiers. Nous proposons encore que des mesures soient prises en vue des modifications de l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, à cette fin.

6. *Limitation du groupe des assurés selon le niveau du revenu*

Nous avons remarqué qu'une province pourra établir un plafond des revenus au-dessus duquel le plan d'assurance-maladie ne sera pas applicable. Nous ne sommes pas tous d'accord sur l'opportunité d'une telle mesure, et, sans exprimer d'opinion à cet égard, nous mentionnerons simplement les problèmes que cette limitation peut entraîner:

(L'hon. M. Macmillan reprend la présidence de la séance.)

(*a*) Il est difficile, au point de vue de l'administration, de définir le groupe assuré dans une population considérable.

(*b*) Une différence illogique peut exister entre deux individus de revenus très voisins, mais dont l'un sera compris dans le groupe assuré, et l'autre exclu.

(*c*) Certaines personnes passeront, de temps à autre, voire fréquemment, du groupe assuré au groupe non assuré, et vice versa, ce qui, en matière d'assurance-maladie, empêcherait l'assurance à longue portée qui paraît si désirable, et compliquerait les problèmes administratifs. Une modification à la Loi d'assurance-chômage est actuellement à l'étude pour la même raison.

(*d*) Dans la mesure où la santé de chacun est influencée par la santé de ses concitoyens, le succès de l'assurance-maladie peut être compromis par le mélange d'individus assurés et non assurés.

(*e*) Tous les enfants assurés, la dispense des parents dépassant le revenu-limite pourrait sembler illogique et créer du mécontentement.

(*f*) Un plan obligatoire applicable à certains groupes seulement peut provoquer cette demande que la responsabilité administrative soit confiée aux corps des personnes assurées, ce qui empêcherait d'utiliser les services de personnes possédant de hautes aptitudes techniques ou administratives.

Je voudrais laisser M. Smith continuer, monsieur le président.

M. SMITH:

CONCLUSION

La fin de la guerre vaudra au Canada de nombreux problèmes économiques, dont les moindres ne seront pas les problèmes de fiscalité, de contrôle budgétaire et de revision des relations financières entre les provinces et le pouvoir fédéral. De l'adresse apportée à leur solution dépendra, dans une large mesure, l'heureuse solution du plus urgent de tous les problèmes: éviter le chômage massif. C'est pourquoi nous avons suggéré que les mesures prises pour établir au Canada, sur des fondations solides, une structure de sécurité sociale comprenant les soins médicaux à la population, soient adaptées à l'économie nationale. Nous présumons que les conseillers économiques et financiers du gouvernement feront, en temps voulu, un rapport sur les diverses suggestions qui vous auront été présentées. Nous souhaitons que ce rapport soit publié, ainsi que les autres rapports spéciaux sur lesquels vos conclusions seront basées.

Nous comprenons que la réunion des services préventifs d'hygiène publique et l'établissement d'un fonds d'assurance-maladie exigeront le concours des connaissances et du talent de membres de plusieurs professions. Leurs services

à tous doivent être utilisés. Le membre des associations charitables indiquera le patron général des services nécessaires; le médecin, le dentiste, l'infirmière et d'autres personnes consacrées à la protection et à la conservation de la santé fourniront leurs conseils sur les méthodes générales de fonctionnement; le statisticien interprétera les statistiques variées et complexes de la vie canadienne; l'actuaire examinera les coûts, étudiera les mesures propres à éviter les inconvénients d'un défaut d'harmonie dans les méthodes financières et dans les diverses prestations; enfin, l'économiste s'assurera que l'ensemble des mesures s'adapte à l'économie nationale.

Les méthodes financières et économiques adoptées par le Canada pour conduire une guerre mondiale ont été louangées en bien des milieux. Elles sont brillantes dans la conception, saines dans le principe, et presque parfaites de réglage. Nous espérons qu'avec le soutien désintéressé de toutes les professions que la question concerne, il sera possible de réaliser au Canada ce qui n'a encore été réussi dans aucun pays, à savoir, un vaste plan d'assurance-maladie procurant de bons soins médicaux à tous les individus de la nation. S'il y réussit, le Canada ajoutera, dans un domaine nouveau et difficile, au grand prestige qu'il a déjà gagné dans les domaines de la finance de guerre, des contrôles et de la stabilité économique.

Nous concluons en répétant ce que nous avons déjà dit:

> L'industrie de l'assurance-vie approuve vivement et soutiendra volontiers l'inauguration et la coordination de plans de sécurité sociale bien préparés et praticables en vue d'assurer à toutes les classes un niveau minimum de subsistance.

Je désire présenter une autre observation. Nous avons attaché un appendice au mémoire. Avec votre permission, monsieur le président, nous voudrions le voir insérer au compte rendu.

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. SMITH: Je ne le lirai pas, mais je signalerai ce point curieux, que nous avons commencé de travailler dans le domaine de la médecine préventive, si vous voulez l'appeler ainsi, et dans le domaine de l'hygiène préventive, vers 1925. Le premier grand projet auquel nous avons consacré une somme énorme de temps, d'énergie et d'argent concernait les provinces Maritimes. L'idée nous avait été donnée par le docteur Wodehouse, alors secrétaire de l'Association canadienne antituberculeuse, et aujourd'hui sous-ministre des Pensions et de la Santé nationale.

APPENDICE

RÉSUMÉ DES INITIATIVES DE LA CANADIAN LIFE INSURANCE OFFICERS' ASSOCIATION, DANS LE DOMANE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA NUTRITION

Hygiène publique

Nos premières initiatives dans le domaine de l'hygiène publique ont été prises par un groupe de compagnies, membres de l'Association, en 1926, après quelque trois années d'enquête et de préparation, et après une période au cours de laquelle nous avions fait à diverses œuvres des dons dépassant largement, au total, un demi-million de dollars. La participation des compagnies est entièrement volontaire. A l'heure actuelle, le groupe comprend 24 compagnies canadiennes, représentant 98.5 p. 100 du revenu des primes encaissées au Canada par toutes les compagnies canadiennes membres de l'Association.

Ce travail a été accompli par l'intermédiaire d'un comité permanent de la santé publique et a porté, d'une façon générale, sur l'appui financier à donner aux

institutions dont le but est l'amélioration de la santé publique surtout celles qui s'occupent du contrôle et traitement de la tuberculose, du bien-être de l'enfance, de l'hygiène dentaire et de l'éducation en matière d'hygiène. Pour qu'un projet quelconque bénéficie de l'aide susmentionnée, il faut qu'il remplisse entre autres les conditions suivantes:

Il doit être d'une nature éducative;
Il doit être dirigé par une organisation autorisée;
Il doit être d'importance nationale;
Il doit être susceptible, avec le temps, de se suffire à lui-même.

Ce qui suit est un aperçu des principales subventions recommandées par le Comité et approuvées par l'Association à ses assemblées annuelles:

1926-43—Association antituberculeuse canadienne, pour campagnes spéciales faites dans les provinces Maritimes, l'Ile du Prince-Edouard et le Québec, et l'expansion de ses facilités éducatives, par tout le Canada	$229,550
1927-43—Conseil canadien d'hygiène dentaire, pour des campagnes dans tout le Dominion	115,150
1928-43—*Canadian Welfare Council*, principalement pour acquitter les dépenses de la correspondance relative aux soins prénataux et postnataux	122,750
1928-37—*Canadian Medical Association*, pour articles de journaux portant sur l'hygiène	53,000
1934-43—*Canadian Public Health Association*, pour ses initiatives générales, ayant pour but d'affermir et améliorer les services locaux d'hygiène et de stimuler l'intérêt collectif à l'égard de la santé publique	25,500
1935-40—*King George V Silver Jubilee Cancer Fund*	50,000
1940-43—*Health League of Canada*	25,000
1928—Comité national d'hygiène dentaire, étude sur la répartition des soins médicaux et des services de santé au Canada	5,000

L'aide ainsi donnée, va sans dire, ne permettait de toucher que dans une faible mesure au problème national, mais les fonds ainsi mis en disponibilité firent voir clairement les avantages indiscutables que comportent les mesures d'hygiène publique. L'association a toujours eu pour ligne de conduite d'aider les organisations dans l'exécution de programmes définis jusqu'à ce que ceux-ci deviennent en état de se suffire à eux-mêmes, ou jusqu'à ce que les succès obtenus leur assurent l'appui financier des autorités gouvernementales ou autres.

A ce propos, les exemples suivants sont intéressants:

Tuberculose.—En 1925, le docteur R. E. Wodehouse, O.B.E., aujourd'hui sous-ministre des Pensions et de la santé nationale, mais alors secrétaire de l'Association antituberculeuse canadienne, réussit à amener les compagnies d'assurance à se charger de leur première entreprise importante relativement à la santé publique. C'est à cette époque que l'association prêta son concours à une campagne de cinq ans pour le contrôle et le traitement de la tuberculose

dans les provinces Maritimes. Cette campagne et les autres lancées par la suite dans l'Ile du Prince-Edouard et le Québec, suscitèrent l'intérêt des autorités provinciales et municipales et du public en général. Ces provinces avaient le taux de mortalité le plus élevé du Canada et les installations pour le traitement de la tuberculose y faisaient particulièrement défaut. Comme résultat de ces campagnes, le nombre des sanatoriums et des cliniques a été doublé et le taux de mortalité a sans cesse diminué.

Au Nouveau-Brunswick et dans l'Ile du Prince-Edouard, des institutions permanentes poursuivent le travail commencé au moyen des fonds fournis par les compagnies d'assurance. Dans l'Ile du Prince-Edouard, les démonstrations faites conjointement par la Société de la Croix-Rouge et le gouvernement provincial, durant les années de 1931 à 1936, donnèrent naissance au ministère de la Santé et aux services antituberculeux. Les chiffres suivants, relatifs au Nouveau-Brunswick, sont un exemple frappant des résultats qui peuvent être obtenus:

Taux moyen de la mortalité due à la tuberculose—

pour l'année 1925: 103 par 100,000
pour l'année 1930: 96.5 par 100,000
pour l'année 1935: 78.1 par 100,000
pour l'année 1940: 65.3 par 100,000

Hygiène dentaire.—Les subventions accordées par le Conseil canadien de l'hygiène dentaire, pour des campagnes provinciales, à même des fonds mis en disponibilité par les compagnies d'assurance, sont subordonnées à des subventions égales de la part de l'association dentaire provinciale et des subventions considérablement plus élevées de la part du gouvernement provincial. En conséquence, le Conseil provoque, chaque année, l'affectation de sommes équivalant à plusieurs fois son budget aux services public d'éducation en matière d'hygiène dentaire.

Depuis le moment où la première subvention a été accordée par l'Association, le Conseil s'est efforcé, par tous les moyens possibles, de poursuivre, chaque année, une campagne sur l'hygiène de la bouche dans une province où cette hygiène n'avait pas antérieurement été mise à son programme régulier. En 1937, une campagne était lancée dans chacune des provinces du Dominion. Les efforts du Conseil tendent à ce que de tels programmes deviennent en permanence partie du programme de l'hygiène dans chaque province; avec cet objet en vue, le Conseil prête son concours à l'organisation et la surveillance dans toutes les provinces. Il est intéressant de noter qu'en 1932, un seul ministère provincial de la Santé au Canada (celui de l'Ontario) avait établi un programme d'hygiène dentaire, mais qu'aujourd'hui, dans toutes les provinces moins une, grâce aux efforts du Conseil canadien de l'hygiène dentaire, des subventions affectées à ces fins sont portées aux budgets provinciaux et des programmes efficaces basés sur des principes reconnus ont été élaborés pour la sauvegarde du public.

Hygiène maternelle et infantile.—Les subventions annuelles accordées par le *Canadian Welfare Council* depuis 1928 ont été spécialement affectées à l'acquittement des dépenses occasionnées par les séries de lettres sur les soins prénataux et postnataux publiées par le Conseil. La distribution de ces imprimés s'est faite surtout par l'intermédiaire des ministères provinciaux de la Santé et l'on est présentement à conclure des arrangements pour que les frais en soient à l'avenir assumés par les gouvernements provinciaux.

Alimentation

Il y a cinq ans le comité exécutif de l'association institua un comité spécial de l'alimentation dont les membres siègent au Comité conjoint de l'alimentation avec des représentants de la *Canadian Medical Association.* Un comité spécial

fut établi pour s'occuper des questions relatives à l'alimentation, parce que le travail projeté dans ce domaine différait des activités ordinaires de l'association relativement à la santé publique. Durant les années qui se sont écoulées depuis, les compagnies associées ont d'elles-mêmes contribué à des projets d'alimentation préconisés par le comité conjoint, pour environ $100,000, pour des tracts, placards, conférences, cours spéciaux, etc. (y compris travaux projetés). La dernière publication, un nouvel opuscule de 16 pages en couleur, intitulé "What They Eat to be Fit", basé sur le film "Training Table", préparé par la section médicale du Corps d'aviation royal canadien et destiné à l'instruction des hommes et des femmes de l'aviation en matière d'alimentation, vient d'être imprimée. La première édition comptera plus d'un million d'exemplaires et le comité espère qu'avec le temps, 3,000,000 de foyers canadiens en posséderont un exemplaire.

Le PRÉSIDENT: Merci.

M. WOOD: Est-ce que ce projet d'amélioration de la santé fut entrepris en vue de protéger les primes placées dans la compagnie?

M. SMITH: Permettez que je vous raconte une petite histoire. Tout dernièrement, nous faisions voir des films et donnions des cours portant sur les avantages de l'alimentation. Quelqu'un dit: "Encore de la propagande des compagnies d'assurance pour protéger leurs propres intérêts;" et on lui répondit: "Je crois que vous avez raison". Mais, en définitive, elles s'efforcent de nous prolonger la vie, à vous et à moi. Peut-être font-elles fausse route.

Le PRÉSIDENT: Avez-vous d'autres questions?

L'hon. M. MACKENZIE: Au sujet des propositions financières de ce mémoire, quelle serait la nature exacte de la contribution provinciale? Vous avez un fonds d'assurance nationale dont l'administration est laissée à la province; d'après les suggestions contenues dans votre mémoire, quelles contributions financières les provinces apporteraient-elles?

M. ANDERSON: Monsieur le ministre, en supposant que les soins médicaux à dispenser dans la province s'élèvent, comme l'a laissé entendre le comité consultatif, à $24 approximativement, avec les frais d'administration, nous proposerions que les provinces reçoivent, à même le fonds national, une capitation de $20, $21 ou $22, par exemple, soit à peu près la totalité du coût. Cette capitation constituerait un revenu constant pour les provinces. Il ne leur resterait qu'un faible écart à combler, mais, bien entendu, elles auraient l'entière responsabilité de frais d'administration devenus exorbitants.

L'hon. M. MACKENZIE: D'après votre plan, les provinces acquitteraient-elles elles-mêmes les frais d'administration?

M. ANDERSON: Oui.

L'hon. M. MACKENZIE: Le coût du plan retomberait presque entièrement sur le trésor fédéral?

M. ANDERSON: Nous escomptons que la subvention provenant du fonds fédéral se chiffrerait à environ 90 ou 95 p. 100 du total des frais occasionnés par la réalisation du plan dans les provinces. La part que ces dernières seraient appelées à porter serait bien minime, mais par contre, elles seraient tenues responsables de ce qui pourrait arriver au cas où elles ne maintiendraient pas les frais d'administration dans des limites raisonnables. Si, par une mauvaise administration, elles permettaient à ces frais de l'élever trop haut, cela deviendrait une responsabilité provinciale. Autrement dit, la subvention qu'elles recevraient du fonds fédéral, sur une base de tant par tête, serait destinée à couvrir 90 ou 95 p. 100 du coût total.

L'hon. M. MACKENZIE: En définitive, votre proposition ne s'écarte guère de celle que M. Garson formulait l'autre jour quand il parlait d'une subvention adaptable aux circonstances.

M. ANDERSON: En effet, mais ce mode de financement n'obligerait pas le gouvernement fédéral à enquêter à fond sur les ressources des provinces pour constater si elles ont réellement besoin d'assistance. Cela revient à dire que les provinces assumeraient simplement l'administration.

L'hon. M. MACKENZIE: En somme, d'après votre plan, les provinces administreront le tout, mais leur contribution sera peu élevée.

M. ANDERSON: Oui.

M. SHAW: A la page 9, il est fait mention de la capacité ou de l'incapacité de payer. Si je comprends bien, et je l'ai constaté dans le mémoire, le témoin favorise une loi d'assistance à l'assurance sociale prévoyant l'acquittement des frais que ne peuvent assumer les personnes à faibles revenus. Je suppose bien que vous n'envisagez pas l'établissement d'une ligne de démarcation entre ceux qui peuvent verser l'entière contribution et ceux qui en sont incapables. Tout le monde serait traité sur le même pied et la Loi d'assistance à l'assurance sociale disposerait du montant que l'individu ne pourrait acquitter. Je m'opposerais énergiquement à l'établissement de deux groupes: ceux qui peuvent payer et ceux qui ne le peuvent pas. Ce serait dangereux, me semble-t-il.

M. ANDERSON: Pour moi, tout le monde doit payer le même montant. La Loi d'assurance-maladie n'établit aucune distinction entre l'indigent, la personne capable de payer une partie de la contribution et celle en état de l'acquitter entièrement. Notre plan envisage toutefois une loi d'assurance qui, en plus de l'assurance-maladie, engloberait toutes les autres mesures éventuellement adoptées à l'égard d'un régime complet de sécurité sociale. De la sorte, les indigents, ou ceux qui ne peuvent payer leur contribution pourraient, en en faisant la demande en vertu de l'autre loi, obtenir l'aide nécessaire pour s'acquitter de leur obligation. Cela ne comporte pas l'examen des ressources.

M. SHAW: Mes craintes sont plus ou moins confirmées, ce me semble. Vous venez de dire que l'individu incapable de verser sa contribution à cause d'embarras pécuniaires indépendants de sa volonté, devra formuler une demande spéciale d'aide. Je trouve cela dangereux. Il vaudrait beaucoup mieux, ce me semble, établir le déficit représenté par le coût des services à dispenser aux personnes à faibles revenus et le faire combler par l'Etat. De la sorte, nous n'imposerions pas aux individus qui, sans en être responsables, se débattent dans des difficultés financières, l'obligation de solliciter une aide spéciale. Cela ressemble trop à l'ancien régime du secours direct.

M. ANDERSON: Il me semble qu'en vertu de la présente loi, celui qui ne peut payer la contribution de $26, soit un pourcentage de 3 p. 100, je crois, est relevé de cette obligation. Or, d'après notre proposition, il n'aura pas à payer le montant qui excédera 3 p. 100 de son revenu, pourvu que ce soit moins de $26, et grâce aux dispositions de la loi que nous proposons, cette différence sera obtenue et versée au fonds. Je ne crois pas que cela s'écarte beaucoup des modalités du projet à l'étude.

M. JOHNSTON: Je voudrais revenir sur un des points mentionnés à la troisième page du mémoire. Le témoin parlait de sir William Beveridge et je suppose qu'il le citait textuellement. Voici ce que je lis à la troisième ligne: "Ceci ne veut pas dire la suppression de tout chômage, 'mais la suppression du chômage massif et du chômage prolongé, d'année en année, pour le même individu'. Cela veut dire que son plan, par lui-même, devrait tendre à cette suppression". Je ne saisis pas bien ce que vous entendez par "chômage massif". Je suppose que

le plan de sécurité sociale doit remédier au chômage, à quelque degré qu'il existe, sauf si l'individu, par sa propre incurie, en est responsable en ce qui le concerne. Pour moi, le soulagement du chômage qui provient de conditions économiques sur lesquelles l'individu n'a aucun contrôle incomberait d'une façon bien définie au plan de sécurité sociale ou à ceux qui sont chargés de le réaliser. Pouvez-vous me donner quelques éclaircissements là-dessus?

M. ANDERSON: Monsieur le président, je pourrais répondre à cela en disant que l'expression "emploi pour tous" est souvent mal interprétée. Si je me souviens bien, quelqu'un a dit devant le Comité qu'une proportion de 8½ à 10 p. 100 à l'égard du chômage massif pourrait être considérée comme un maximum assez normal, pour ainsi dire. Personne ne doute que quand même le chômage massif atteindrait une proportion de 30 p. 100 ou même plus, il tomberait encore sous le coup de la Loi d'assurance-chômage ou des autres mesures adoptées à l'endroit du plan de sécurité sociale. Mais en cas de chômage général, ce sera l'effondrement. En réalité, c'est la disette et non l'abondance qui serait le partage de tous. Voilà pourquoi nous soutenons que le plan proposé doit tenir compte des mesures adoptées en vue de son exécution. Ces explications vous suffisent-elles?

M. GERSHAW: A l'alinéa 2, au bas de la page 7, il est proposé que chaque personne en état de le faire s'acquitte de sa contribution. Il est même proposé que l'entière contribution de $31 ou $32 soit payée par chacun. Il me semble qu'en certains cas, cela pourra devenir onéreux pour ceux qui peinent et ont de la difficulté à joindre les deux bouts. J'aimerais avoir votre opinion au sujet du recouvrement d'un tel montant. Supposons le cas d'une famille de cinq ou six adultes qui, à un moment donné, néglige de payer sa contribution. Comment vous y prendrez-vous pour la recouvrer? Y a-t-il d'autres raisons pour ne pas prendre en considération la capacité de payer?

M. ANDERSON: Monsieur le président, notre exposé ne parle pas du premier point, le mode de recouvrement, mais voilà une question qui nous préoccupe beaucoup. Nous entretenons quelque inquiétude au sujet de la proposition voulant que les provinces établissent et maintiennent un système complet de perception. Elles ne disposent pas aujourd'hui des moyens voulus pour effectuer ces recouvrements. De son côté, le Dominion possède au moins deux systèmes de perception: celui de la Loi de l'impôt sur le revenu et celui de la Loi d'assurance-chômage. Ces deux systèmes sont très perfectionnés et ils atteignent une grande partie de la population. Comme ils n'atteignent cependant pas toute la population, il se pourrait alors qu'il faille, pour les individus non atteints, donner suite à la suggestion de recourir aux services des municipalités pour recouvrer les contributions de ceux qui ne sont pas assujettis aux modes de perception existants. Quant au second point, nous croyons que le comité consultatif a formulé une excellente suggestion lorsqu'il a proposé une méthode déterminant automatiquement le montant qu'un assuré à faible revenu peut payer, méthode adaptable au cas d'individus touchant un plus fort revenu mais ayant des adultes à leur charge. Nous ne discutons pas les conséquences de cette proposition pour les individus. Nous sommes consentants à laisser la personne à faible revenu dans la situation où la place le comité consultatif. Nous serions satisfaits de ce que la Loi projetée d'assistance à l'assurance sociale établisse une formule déterminant la cotisation maximum imposable à un assuré et prévoyant automatiquement la manière de disposer de l'écart entre cette cotisation et la contribution entière. La situation de l'individu demeurerait la même; il réagirait, à l'égard de la loi, de la même façon que si les propositions du comité consultatif s'appliquaient à son cas.

M. GERSHAW: Les prestations cesseraient-elles si l'assuré négligeait de payer?

M. ANDERSON: Je me suis posé la question plusieurs fois. Si l'assuré était incapable de payer, les prestations ne cesseraient pas car votre plan ne prévoit pas qu'il soit obligé de contribuer s'il n'en a pas les moyens. Si l'assuré se soustrait volontairement à cette obligation, croyez-vous qu'il aurait droit aux prestations?

M. SHAW: Tout de même, le succès du plan serait compromis si une bonne proportion des assurés, 10 p. 100 par exemple, négligeaient de verser leur contribution.

M. ANDERSON: Oui, c'est pourquoi nous avons cru qu'il faudrait utiliser le mode de recouvrement le plus efficace que nous ayons établi, c'est-à-dire le système de déduction à la source que nous suivons pour l'impôt sur le revenu, et le système de perception de la Loi d'assurance-chômage, qui atteint encore plus de monde.

M. SHAW: C'est pour cette raison que j'ai toujours été porté vers un régime non contributif. Dans un organisme comme celui-ci, je crois que lorsqu'on en vient au mode de perception, le fait de se présenter à une personne et de lui dire qu'un montant défini doit être perçu à cette fin, peut susciter nombre de difficultés. Le témoin a déjà laissé entendre que l'adoption d'un mode quelconque, tel que le système de perception de l'impôt sur le revenu, on aurait beaucoup moins de difficultés. C'est ce que j'avais en vue dès le début en considérant l'assurance contributive par opposition à l'assurance non contributive.

M. JOHNSTON: Me serait-il permis d'appuyer les paroles de l'honorable député? Je remarque dans le rapport, que la *Canadian Life Insurance Officers Association* agrée l'établissement d'un système par lequel le bénéficiaire paierait une partie et le patron l'autre. Comme toute la question repose sur un problème économique et comme nous désirons améliorer la santé de l'individu en particulier et de la nation en général, il me semble que si on demande au patron de payer une cotisation, ce dernier l'inclura dans le coût de la production et immédiatement le consommateur paiera plus cher. Par le fait même le niveau de vie de l'individu sera abaissé et la santé de ce dernier en souffrira, surtout s'il appartient à la classe des petits salariés. Je crois que nous nous rendons un mauvais service en suggérant que le patron contribue pour une part. Nous savons tous qu'il l'inclura dans son prix de revient; il ne peut pas faire autrement et je ne peux pas l'en blâmer. Il me semble qu'indirectement nous allons renverser ce que nous avions tout d'abord l'intention d'édifier, c'est-à-dire l'amélioration des normes de santé. J'incline à partager les vues de M. Shaw et à croire que nous devrions établir un système non contributif de façon que l'assurance-maladie soit à la portée de tous.

M. SMITH: En réponse, puis-je faire remarquer qu'à la page neuf, à la fin du deuxième paragraphe, nous disons que nous n'avons pas examiné le tout en détail, mais que nous sommes plutôt d'avis que le patron ne devrait pas être tenu de verser de contribution.

M. JOHNSTON: Je vous remercie de nous avoir signalé la chose. Je suis d'accord avec vous sur ce point.

M. SMITH: Nous sommes très précis là-dessus. Si vous regardez la somme à percevoir des patrons, vous remarquerez qu'elle n'est pas considérable. Mais quant à décider si l'assurance doit être contributoire ou non, c'est vraiment un problème de psychologie. Je vous ferai remarquer que le simple citoyen préfère obtenir un avantage pour lequel il contribue lui-même que d'obtenir quelque chose qui lui est donné par cet organisme impersonnel qu'on appelle l'état et qu'il considérera, nous sommes tous d'accord là-dessus, l'examen des ressources comme une mesure vexatoire.

M. SHAW: Vous admettrez néanmoins que le terme "non contributif" est vraiment une fausse appellation. A ce que j'ai remarqué, les divers témoins qui ont présenté des mémoires ont tenté de créer l'impression que parce qu'on ne fait pas une contribution directe on reçoit quelque chose gratuitement. Nous tous qui payons nos impôts savons très bien que tel n'est pas le cas. Présentement, le terme "non contributif" est une fausse appellation car nous paierons nos taxes tout de même. La capacité de paiement implique l'obtention de services dont on acquitte le prix. Je crois que nous ne devrions même pas employer le terme "non contributif" dans le sens que nous lui avons donné.

Le PRÉSIDENT: A-t-on d'autres questions?

M. JOHNSTON: Je voudrais demander au témoin pourquoi il a déclaré catégoriquement que son association s'oppose au versement de contributions par le patron?

M. SMITH: Pardon, nous ne l'avons pas déclaré catégoriquement, bien que nous inclinions de ce côté. Nous n'avons pas eu le temps d'y donner toute notre attention. Souvenez-vous que nous n'avons reçu cet annuaire du téléphone, pour l'appeler ainsi, que ces jours derniers et nous n'avons pas eu l'occasion de vraiment l'étudier et de le passer au peigne fin. Nous n'avons pas eu également l'occasion d'analyser les vues de tous nos membres, mais nous avons fait cette suggestion parce que le Comité lui-même était d'avis qu'on ne devrait pas demander au patron de contribuer. Monsieur le président, nous pourrions peut-être revenir sur ce point plus longuement si nous recevions la permission d'être entendu de nouveau.

M. HOWDEN: Je ne comprends pas bien le fonctionnement de cette loi d'assistance à l'assurance sociale qui est proposée. Je demanderais au témoin de nous exposer la différence entre le mode d'application de la loi d'assistance à l'assurance sociale pour combler le déficit des primes et la méthode suivie actuellement par le gouvernement. Quelle différence y aurait-il en fin de compte?

M. ANDERSON: Nous avons cru qu'un plan qui fournirait essentiellement une prestation uniforme telle que les soins médicaux devrait être financé tout d'abord par un régime qui imposerait des contributions uniformes aux individus, c'est-à-dire celle de $26, $30 ou $32 qui a été suggérée. Evidemment lorsque nous nous trouvons vis-à-vis de personnes qui sont incapables de payer, il nous faut faire quelque chose pour elles. Il importe qu'elles soient assurées et tout de même, elles ne peuvent pas payer une prime uniforme pour une prestation uniforme.

M. HOWDEN: Le gouvernement le fait dans tous les cas.

M. ANDERSON: Il le fait, ou plutôt disons que l'Etat, soit gouvernement fédéral ou gouvernement provincial, le fait d'une manière ou d'une autre et peut-être encore le fait-il d'une manière cachée. Nous croyons que tous ces problèmes qui résultent de l'incapacité de payer devraient être envisagés franchement et ouvertement. Ils ne devraient pas former une partie d'une seule pièce de toute la législation de l'assurance sociale. Ils devraient être considérés tous ensemble comme partie intégrante du même problème, et les comptes publics devraient accuser le montant qui, relativement aux contributions, a été requis pour combler le déficit attribuable à l'incapacité de payer. Au besoin, comme l'honorable député l'a suggéré, nous devrions être en mesure d'obtenir les fonds nécessaires au moyen d'une taxe spéciale prélevée en vertu du système général d'imposition. Je crois que beaucoup d'entre nous qui disposent des ressources voulues pour payer, seraient fort aise d'acquitter une taxe spéciale prélevée dans le but exprès d'accumuler des revenus pour une loi d'assistance à l'assurance sociale afin de combler les déficits relatifs aux contributions de nos concitoyens qui ne sont pas aussi fortunés.

M. HOWDEN: N'admettez-vous pas après tout que c'est ce qui arrivera et que ces déficits seront comblés par l'Etat, soit le gouvernement fédéral, soit le gouvernement provincial. N'est-ce pas la même chose, en somme?

M. SMITH: Puis-je répondre à cette question?

Le PRÉSIDENT: Certainement.

M. SMITH: Je crois que l'intention est de répartir le fardeau entre les provinces et le fédéral. Le pouvoir d'imposition des provinces est restreint. Ce plan rejette donc sur le fédéral le fardeau des indigents ou de ceux qui ne peuvent payer que partiellement. Vous constaterez qu'en vertu de cet arrangement, la contribution du gouvernement fédéral, au lieu d'être de $40,000,000 selon le plan actuel, sera considérablement augmenté. Nous sommes d'avis que si le plan est adopté tel quel, le fardeau qui retombera sur les provinces sera si lourd qu'un bon nombre d'entre elles seront incapables d'appliquer la loi. Pour moi, c'est un point qui n'a pas été étudié avec grand soin. Je comprends que le comité consultatif a des projets à l'étude, mais ils n'ont pas encore été publiés. Par conséquent, nous ne sommes pas entrés dans les détails. Nous avons soulevé le point parce qu'il est important. C'est une autre raison pour laquelle dans notre conclusion nous suggérons que l'entier système, tant de cette loi que des autres qui pourront découler du plan d'assurance sociale, soit revue par les conseillers financiers et les économistes du gouvernement, car toutes les mesures doivent être coordonnées. Vous admettrez, messieurs, que cela veut dire les divers arrangements entre les provinces et le fédéral.

M. HOWDEN: Avec le projet de loi tel qu'il est rédigé, est-ce que cela ne peut pas être arrangé? Le projet de loi ne permettrait-il pas cette coordination?

M. SMITH: Nous en doutons fort.

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

M. MCCANN: Quelles sont vos objections à un examen des ressources? Il existe de grandes divergences d'opinion quant à l'incapacité de payer. Dans bien des cas, je crois que cela peut s'interpréter comme de la mauvaise volonté. Il sera nécessaire de fixer des limites pour que les gens ne soient pas libérés de toute obligation par rapport à la loi d'assurance-maladie; il faudra certainement en venir à un examen autre que la déclaration de l'individu à l'effet qu'il ne veut pas participer au plan, comme je l'ai dit, il s'agit plus souvent de mauvaise volonté que d'incapacité de payer.

M. SHAW: Est-ce que le principe utilisé pour la perception de l'impôt sur le revenu ne résoudrait pas le problème? Au-dessus d'un certain échelon de revenu, une personne est censée pouvoir payer, au-dessous d'un certain échelon, elle en est considérée incapable. Je crois que c'est un examen assez juste.

M. ANDERSON: Il est très difficile de prendre un revenu en particulier et de dire qu'au-dessus de cette limite telle personne peut payer et qu'au-dessous, elle ne le peut pas. Tout d'abord, il est quasi impossible de tirer une ligne de démarcation entre les diverses catégories de personnes, et il pourrait ensuite en résulter une anomalie aérienne si les contributions devenaient élevées. Par exemple, nous parlons du taux de contribution de $26. Nous pourrions peut-être tirer une ligne et dire que jusqu'à tel ou tel revenu, une personne est incapable de payer. En supposant que vous ayez d'autres mesures d'assurance sociale, les primes réunies pour toutes ces mesures peuvent représenter une somme assez rondelette; on ne peut pas très bien dire à quelqu'un: "Voici, votre revenu est au-dessous de tant, vous n'avez rien à payer, mais par contre s'il est au-dessus, il vous faut payer environ $200 par année." Il doit y avoir moyen de graduer les primes, et je crois que le mode suggéré par le comité consultatif ou même une modification de ce mode éliminerait une foule des anomalies qui pourraient exister si l'on se contentait des deux extrêmes, sans établir de contributions progressives pour remplir l'intervalle.

M. MAYBANK: A $900 vous ne payez rien mais par contre à $901 vous feriez partie de la catégorie des assujettis à la contribution et par conséquent susceptible de payer le plein montant.

M. ANDERSON: Oui.

M. MAYBANK: C'est le genre d'anomalie auquel vous faisiez allusion.

M. ANDERSON: Oui, et cela pourrait être pire si d'autres mesures d'assurance sociale venaient s'ajouter aux premières.

M. JOHNSTON: On pourrait partir de $1 et avoir une gradation échelonnée, mais de fait, je crois que le principe de l'impôt sur le revenu est à peu près le mode de contribution ou taxe le plus juste qui puisse être établi. Je suis porté à favoriser cette méthode de préférence aux autres car je crois que c'est le mode de taxation le plus juste que nous puissions avoir.

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

M. ADAMSON: Sir William Beveridge n'envisage-t-il pas un paiement égal pour tous les citoyens pour le minimum de prestations? Je ne vois rien de mal dans un paiement égal pour tous les citoyens. Car, après tout, si la personne assurée payait le coût total de l'assurance, cela représenterait environ six cents par jour. Nous ne supposons pas qu'en ce qui concerne le plan, l'assuré paiera le coût entier de l'assurance. Nous supposons qu'il paiera environ la moitié, soit le prix d'un journal quotidien. Sûrement, il y a bien peu de gens au Canada aujourd'hui qui ne seraient pas consentants et fiers de verser une telle contribution s'ils devaient participer à un plan comme celui-ci.

M. MACINNIS: Monsieur le président, M. Adamson a fait une remarque que nous ne pouvons pas accepter en ce qui concerne cette loi ou l'interprétation que je lui donne. Il a dit "une personne assurée". Cela veut dire qu'une personne est assurée et qu'une autre ne l'est pas. Mon interprétation de la loi est que tout le monde est assuré. Par conséquent, nous ne pouvons pas parler de personnes assurées et de personnes non assurées. En vertu de la loi tout le monde est assuré. Je crois que sir William Beveridge s'est déclaré très catégoriquement opposé à tout examen de ressources. Je n'ai pas le temps de m'arrêter à l'examen des ressources, mais, pour plusieurs raisons, c'est une chose bien ennuyeuse. On nous a dit, avant la guerre, que si les gens chômaient c'était parce qu'ils ne voulaient pas travailler, mais il est évident que lorsque le travail devint disponible, bien peu refusèrent de travailler. La même chose s'applique aux personnes qui ne contribueraient pas à un plan de ce genre. La loi d'assurance énonce comme principe fondamental que l'intérêt de la nation exige que les gens se portent bien. Par conséquent, c'est donc à la nation par l'intermédiaire de toute la masse de production, de payer pour atteindre ce but; qu'un individu acquitte ses taxes ou non, s'il produit de la richesse il paie sa part relativement à la Loi d'assurance-chômage. Qu'il ait cette richesse ou non, le fait importe peu en ce qui concerne la loi. Cela peut être très important par rapport à l'individu, mais quiconque produit de la richesse, travaille, ajoute à la masse totale de richesse qui doit payer tous ces services, et il est contributeur aux termes de la loi.

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

M. ADAMSON: Si j'ai soulevé mon point, c'est parce que je sais combien il est avantageux que nous nous débarrassions de tout examen des ressources; c'est une mauvaise chose sous tous rapports. Voilà pourquoi j'ai soulevé cette question.

M. MAYBANK: A-t-on cherché à évaluer les économies réalisables en recourant à l'examen des moyens visibles d'existence? Il s'agit évidemment de conjectures, mais il conviendrait peut-être d'établir la différence qui existe entre les paiements à effectuer si cet examen des ressources n'existait pas, et le montant des mêmes paiements à effectuer après un tel examen. Vous êtes-vous renseignés à ce sujet?

M. SMITH: Non.

M. MAYBANK: Ni les compagnies d'assurance. Monsieur le président savez-vous s'il existe des calculs de ce genre?

Le PRÉSIDENT: Je n'en connais point, monsieur Maybank.

M. MAYBANK: Alors ai-je raison de dire que, suivant nos connaissances, le plan Beveridge est, à l'heure actuelle, le seul au monde qui ne propose aucun examen des ressources? Nous avons une foule de documents sur la table. Je sais qu'en Nouvelle-Zélande l'examen des ressources est employé pour tout, mais avons-nous d'autres exemples à part le plan Beveridge? Je connais le plan néo-zélandais assez bien et je crois que même en vertu de ce plan, des prestations ne sont payées que si le revenu est inférieur à une certaine somme. Cependant, ma déclaration est sujette à correction.

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

M. MAYBANK: Vous n'avez pas de renseignements là-dessus?

Le PRÉSIDENT: Pas dans le moment. Je crois que nous aurons des renseignements avant que nous commencions l'étude du projet de loi. En votre nom, je tiens à remercier les membres de la *Canadian Life Insurance Officers Association* pour leur présence, leur collaboration et la présentation de leur mémoire. Je vous remercie, messieurs. Nous allons ajourner jusqu'à jeudi.

M. MACINNIS: Avant cela, monsieur le président, puis-je demander si la présentation des mémoires doit se terminer bientôt?

Le PRÉSIDENT: Oui, elle sera bientôt terminée.

M. MACINNIS: Alors nous pourrons entreprendre l'étude de la loi.

M. LALONDE: Me serait-il permis de signaler le point suivant? J'ai reçu de mes électeurs une demande pour la version française du rapport Marsh. Je crois qu'elle n'a pas encore été imprimée, mais si elle pouvait l'être le plus tôt possible...

Le PRÉSIDENT: Nous faisons en sorte d'en hâter la publication. Nous avons eu certaines difficultés au sujet de l'impression.

M. SMITH: Permettez-moi de vous remercier, messieurs, pour votre accueil cordial et courtois. Je regrette qu'il ne nous ait pas été possible de vous faire tenir quelques jours plus tôt des exemplaires sinon imprimés, du moins miméographiés, de notre mémoire, mais malheureusement nous n'avons pas eu le temps.

A midi et 30, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le jeudi 10 juin 1943, à 11 heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL D'ENQUÊTE

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule nº 19

SÉANCE DU JEUDI 10 JUIN 1943

TÉMOINS:

M. H. H. Hannam, président de la Fédération canadienne de l'agriculture.
M. R. Martin, secrétaire de la Coopérative fédérée de Québec.
Le docteur J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale.
M. A. B. Farmer, président de la *Medical Liberty League.*
M. Alexander B. Davies, *Medical Liberty League.*

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le JEUDI 10 juin 1943.

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

Le président, l'honorable Cyrus Macmillan, étant absent, M. J.-A. Blanchette, le vice-président, occupe le fauteuil.

Présents: MM. Adamson, Blanchette, Bourget, Bruce, Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Cleaver, Côté, Donnelly, Fulford, Gershaw, Gregory, Hatfield, Howden, Johnston, Leclerc, Lockhart, MacInnis, MacKinnon (*Kootenay-est*), McCann, McGarry, Shaw, Warren et Wright—23.

Le vice-président présente les personnes suivantes, membres de la Fédération canadienne de l'agriculture:

M. H. H. Hannam, président;

L'honorable George Hoadley, Bureau d'études sur l'hygiène;

M. Ken. Betzner, vice-président de la Fédération de l'agriculture de l'Ontario;

M. R. Martin, secrétaire de la Coopérative fédérée de Québec.

M. H. H. Hannam est appelé. Il présente un mémoire, est interrogé par le Comité et se retire.

M. R. Martin est appelé. Il adresse brièvement la parole et se retire.

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

M. A. B. Farmer, président de la *Medical Liberty League* est appelé. Il présente un mémoire, est interrogé par le Comité et se retire.

Le docteur Heagerty est interrogé de nouveau.

M. Alexander B. Davies, de la *Medical Liberty League*, demande et obtient la permission de prendre la parole. Il présente un bref exposé et se retire.

A 1 h. 45 de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le vendredi 11 juin, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 10 juin 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin sous la présidence de M. J.-A. Blanchette, vice-président.

Le VICE-PRÉSIDENT: Nous avons avec nous ce matin M. H. H. Hannam, président de la Fédération canadienne de l'agriculture; M. George Hoadley, du Bureau d'études sur l'hygiène; M. Ken. Betzner, vice-président de la Fédération de l'agriculture de l'Ontario, et M. H.-C. Bois—je ne sais pas s'il est présent ou non.

M. HANNAM: M. Martin est ici.

Le VICE-PRÉSIDENT: M. Martin remplace M. Bois, de la Coopérative fédérée de Québec.

L'exposé va vous être soumis par M. Hannam. J'ai le plaisir de le présenter au Comité.

M. H. H. HANNAM, président de la Fédération canadienne de l'agriculture, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président et messieurs les membres du Comité, permettez-moi, pour commencer, de vous expliquer ce qu'est notre Fédération de l'agriculture et de vous donner la liste des organismes dont elle est composée.

La Fédération canadienne de l'agriculture, qui est une fédération nationale d'organismes agricoles des neuf provinces, représente toutes les branches de l'agriculture. Elle comprend:

La Fédération de l'agriculture de la Colombie-Britannique
La Fédération de l'agriculture de l'Alberta
La Conférence coopérative de la Saskatchewan
La Fédération de l'agriculture du Manitoba
La Fédération de l'agriculture de l'Ontario

Les organismes suivants du Québec:

La Coopérative fédérée de Québec
L'Union catholique des cultivateurs de la province de Québec, et
Le Conseil de Québec des forums agricoles

La Fédération de l'agriculture des provinces Maritimes
La Fédération de l'agriculture de l'Ile du Prince-Edouard

Les unités provinciales de la fédération mentionnée ci-dessus comprennent parmi leurs affiliés d'importantes sociétés coopératives telles que:

Manitoba Pool Elevators Limited
Saskatchewan Wheat Pool
Alberta Wheat Pool
British Columbia Fruit Growers' Association
Fraser Valley Milk Producers Limited
United Farmers Cooperative Co. Limited
Canadian Livestock Co-operative (Maritimes)
Nova Scotia Fruit Growers' Association

Il y a trois organismes interprovinciaux qui ne sont pas divisés en unités provinciales:

The Dairy Farmers of Canada, qui est un organisme national de l'industrie laitière;

Canadian Horticultural Council, qui est un organisme national de producteurs de fruits et de légumes;

United Grain Growers Limited, qui fonctionne dans les trois provinces des Prairies.

Nous tenons à souligner dès le début que les agriculteurs ont étudié l'hygiène non seulement de leur point de vue à la campagne, mais du point de vue national également, et la responsabilité individuelle dans l'ensemble. Il est important que nous tenions compte de cela en examinant la brochure "La santé en marche", qui a été préparée non pas pour l'édification du public, mais avec l'aide du public. Le cultivateur se rend compte qu'il fait partie de l'économie sociale et il n'hésite pas à parler au nom de tous les Canadiens.

Comme les membres de ce Comité ont eu l'occasion d'étudier les principes de la Fédération canadienne de l'agriculture en ce qui concerne les plans de santé nationale et comme vous en avez sans doute des exemplaires devant vous en ce moment, nous n'entrerons pas dans les détails. Nous essaierons cependant de vous donner une idée générale de ces principes dans leurs rapports avec le projet de loi que les membres de ce Comité sont en train d'étudier, et de répondre plus tard aux questions qui seront posées à ce sujet.

Voici un bref résumé de notre plan de santé nationale que nous avons essayé de présenter en quelques phrases:

Pour être efficace, un plan de santé pour le Canada doit avoir une portée nationale.

Tous les services de santé compris dans le plan doivent être à la disposition de tous les citoyens qui résident au Canada.

Le coût du plan devra être payé par le trésor fédéral de façon que tous les citoyens contribuent équitablement selon leurs moyens.

La propagation de la santé et la prévention des maladies sont le but primaire du plan.

Nous recommandons que la direction des principes du plan soit confiée à une commission centrale indépendante à Ottawa; et que chaque province, tout en conservant son autonomie provinciale, crée, au moyen de mesures législatives, une commission provinciale d'assurance-maladie pour administrer le plan dans chaque province.

Nous estimons essentiel d'effectuer une répartition convenable du personnel sanitaire, des hôpitaux et autres services, au moyen de plans régionaux.

Nous estimons que le praticien général devrait être reconnu comme essentiel au succès du plan; et qu'on devrait établir les centres d'hygiène dans les régions rurales et urbaines de manière de lui permettre de rayonner de ces centres.

Nous insistons sur le fait que la participation active de tous les membres de la collectivité sera la force motrice qui assurera le succès du programme.

Nous recommandons au gouvernement fédéral d'adopter les lois pour mettre ce plan en vigueur le plus tôt possible, car il est admis qu'il faudra un certain temps avant que les provinces puissent prendre des mesures à cet égard.

Voilà le sommaire du plan.

La nécessité de s'attaquer collectivement au problème de la santé au Canada est clairement démontrée par les témoignages des différentes provinces,

dans leurs exposés devant la Commission Rowell-Sirois. Voici quelques phrases que je tiens à vous répéter parce que je les trouve très concises. En résumé, voici l'idée d'ensemble:

> Le coût des services médicaux augmente, mais la capacité financière des citoyens *n'augmente pas.*
>
> La grande fréquence des maladies et morts évitables.
>
> Le manque d'hôpitaux, surtout dans les régions rurales.
>
> Le manque de place dans les hôpitaux pour maladies mentales.
>
> Les frais relatifs aux maladies et à la débilité mentale ont augmenté plus rapidement que le taux général de la population.
>
> Les problèmes concernant le cancer, les maladies mentales, les maladies vénériennes et la tuberculose, qui ne respectent pas les barrières provinciales, peuvent être résolus plus facilement par un effort combiné que par neuf attaques provinciales plus ou moins cohésives.
>
> La nécessité d'obtenir des diagnostics et de prendre des mesures prophylactiques dès le début des maladies.
>
> Le besoin urgent d'avoir des services convenablement organisés dans le domaine de la maternité et de la santé des bébés.
>
> L'augmentation des frais relatifs aux charges de famille par suite des maladies et des décès.
>
> Le besoin urgent de responsabilité et d'aide financière de la part du Dominion—de fait, un système d'assurance-maladie nationale—si l'on veut résoudre le problème.
>
> Les provinces reconnaissent qu'il leur manque beaucoup de choses, mais déclarent qu'elles sont incapables de financer les services de santé qu'elles devraient offrir à leurs habitants.

Ici s'arrêtent les citations prises dans le rapport.

Nous appuyons sincèrement les vues exprimées par le ministre de la Santé, l'hon. Ian Mackenzie, quand il a dit:

> Il existe dans le public un profond sentiment que, pour avoir des chances de succès, l'assurance-maladie doit être d'envergure nationale.

et plus loin:

> Le Comité a reconnu pour quatrième principe le fait que l'opinion publique se rallie à un programme d'assurance-maladie qui sera d'envergure et d'application nationales.

Comme nous l'avons signalé dans nos principes, la guerre a augmenté le désir public d'un plan national parce que les gens s'aperçoivent des résultats formidables que peut accomplir leur effort de guerre quand il n'est pas arrêté par des barrières provinciales. De la même façon, le programme du projet de loi national sur la santé devra être de nature à attirer et accélérer la collaboration complète de toutes les provinces canadiennes. La synchronisation des initiatives provinciales est impérative si nous voulons nous préparer à attaquer de concert notre problème de santé nationale.

Le gouvernement fédéral devra donner l'exemple; et le premier pas consiste à envisager le problème canadien dans son ensemble, du point de vue des besoins nationaux. Cette étude devrait indiquer la répartition convenable de tous les employés sanitaires, des hôpitaux et services nécessaires pour protéger l'ensemble du pays; de sorte que, sans tenir compte des frontières provinciales, tous les Canadiens seront traités sur un pied d'égalité en ce qui concerne les services. Il faut faire cela avant d'aborder l'assurance-maladie. La sagesse de cette mesure ne fait pas de doute. Il ne suffit pas seulement d'établir des normes d'hygiène publique; il faut de plus assurer la répartition des services médicaux en organisant des centres sanitaires chargés de répartir ces services. Avec ces plans sous les yeux, les provinces commenceront à se sentir parties intégrales

d'un tout et à perdre ce sentiment d'isolement qu'elles avaient jusqu'ici. Dire "Nous allons voter une loi nationale" n'est pas suffisant; il faut présenter un plan aux provinces et celles-ci doivent ensuite se mettre à l'œuvre pour le mettre à exécution.

Après l'annonce à travers le pays d'une loi de santé nationale, nous avons été désappointés de voir que le comité consultatif avait détruit cette idée d'un plan national par ces mots:

> La constitution...

sans doute la constitution du Canada,

> ...telle qu'elle est actuellement comprise et interprétée, empêche le Parlement fédéral d'adopter une loi d'assurance-maladie d'ampleur nationale (Fascicule 1, page 14).

Nous ne pouvons pas accepter cela, parce que rien n'empêche chaque province de voter volontairement des mesures législatives et de créer sa propre commission administrative indépendante qui collaborera avec l'organisme administratif central de l'assurance-maladie. Nous envisageons une préservation parfaite d'autonomie; il y aurait en effet neuf unités indépendantes, et une commission centrale comme "chambre de compensation", qui sera le noyau assurant l'équilibre de l'ensemble, pour diriger et coordonner, pour maintenir toutes les unités à la hauteur des normes établies. Il faut également être prêts pour le développement rapide de nos régions du Nord maintenant que la route de l'Alaska en permet l'accès.

Financement du plan

Le public sait que le plan exige des dépenses. Il a tout intérêt à ce que le coût en soit payé de la manière la plus directe et la plus économique, sur une base d'égalité, et avec le moins de bouleversement possible des conditions d'existence. Nous reconnaissons parfaitement les faiblesses, les engorgements et les difficultés que nous rencontrerons dans un système contributoire. Il serait impossible de prévoir les problèmes interminables de mise au point, les frais d'encaissement et de conseils d'adminitration, et les réclamations dans tout le pays. En outre, le plan sera grevé de lourdes dépenses générales. Déjà, sur le papier, le projet de loi nous a montré ce qui nous attend. La méthode d'encaissement des fonds nécessaires est si compliquée, si embrouillée, que nous doutons fort qu'aucun membre de ce Comité soit capable de la faire comprendre à ses électeurs. Maints organismes ont déclaré emphatiquement qu'il ne devrait pas y avoir de barrières financières entre le public et les services, mais nous trouvons que ce projet de loi impose un nombre incalculable de barrières.

De la page 32 à la page 41 des 558 pages du rapport du comité consultatif sur l'assurance-maladie nous trouvons les rubriques suivantes: décision des questions; réclamations et contestations; appels; inspection; infractions; poursuites, etc. Les détails du relevé des biens personnels doivent comprendre (A) animaux de ferme; instruments agricoles, outils et matériel; navires, bateaux, filets, etc.; meubles de maison; mort-gages, obligations, actions et autres placements; espèces en mains et dépôt; montants à recevoir; valeur de rachat de polices d'assurance, et tous autres biens personnels avec un état des sommes à payer. (B) Il faut écrire sous cette rubrique pour chaque parcelle de biens-fonds: 1. la municipalité où elle se trouve; 2. la description de cette parcelle dans le dernier avis de cotisation pour taxes; 3. la valeur évaluée dans ledit avis; 4. le montant de tout mort-gage, frais ou emprunt et le nom du créancier. (C) Il faut inscrire sous cette rubrique les sommes reçues à titre de salaires et gages, boni, gratifications; pensions, rentes viagères; honoraires professionnels; honoraires d'administrateurs; valeur des allocations de nourriture, d'entretien, de logement ou de subsistance; et tous autres gains ou revenus ou recettes de l'année.

Nous soutenons que malgré le soin apporté à l'établissement des différents niveaux, il y aura toujours des injustices quelque part et qu'il sera très difficile de découvrir à quel niveau un assuré est incapable de contribuer—surtout quand on a affaire à des centaines de mille de contributeurs. Cela comprend la grande majorité des cultivateurs qui ne savent jamais ce qu'ils vont gagner et dont les frais sont très variables. Est-ce que le plan de santé pour le Canada va tourner en "secours" pour le public ou en mesure punitive? Sûrement ceux qui l'ont préparé ne se sont pas rendu compte de la situation quasi impossible dans laquelle ils allaient placer un grand nombre de citoyens. D'un autre côté, certaines gens ont avancé que c'était une méthode pour combattre le chômage et payer des salaires à des milliers d'employés civils engagés à faire des évaluations, des enquêtes, etc.

Il est admis que la méthode de taxation générale prélève une contribution sur chaque individu autant que possible en proportion directe de ses moyens financiers. Nous avons besoin d'argent pour financer le plan de santé du Canada. Au lieu d'employer des mesures détournées pour nous le procurer, la méthode la plus logique, la plus directe et la plus économique est celle que nous proposons: puiser à même le fonds du revenu consolidé national. Il n'y a en sommes qu'une seule source de revenus: la bourse des contribuables. Sachant cela, il paraît sage d'employer la méthode dont notre pays se sert depuis longtemps et qu'il considère comme équitable et efficace.

Certaines gens disent que le public n'appréciera pas les mesures dont il bénéficiera à moins d'y contribuer pécuniairement. Eh! bien, regardez la santé publique qui, tout le monde l'admet, malgré des budgets insuffisants, a contribué plus que tout autre facteur à répandre la santé et faire baisser le taux de mortalité des maladies évitables. Regardez tous les services qui servent à la production de la collectivité. Est-ce que le public y contribue séparément? Non. Cela est payé "en masse" au moyen des impôts. Qu'allons-nous faire des 36 p. 100 de salariés du Canada (d'après le recensement de 1941) qui gagnent moins de $10 par semaine et des cultivateurs qui tombent dans cette catégorie? Leur demanderons-nous de contribuer directement ou de faire une contribution importante? Allons-nous leur faire sentir que ce sont des pauvres gens? Bien sûr que non. En outre, personne n'aura plus jamais aucun doute sur la source de tout l'argent que dépense l'Etat. La guerre a dissipé la dernière illusion à ce sujet; appelez cela "le trésor public", mais le public sait bien qu'il n'y a qu'une seule source, "sa propre bourse".

L'honorable Ian Mackenzie, en lisant le projet de loi à ce Comité (fascicule 1, page 29) a expliqué la question de financement en ces termes:

> Quelle que soit la formule adoptée en ce qui concerne le Dominion et les provinces, il convient de remarquer que les contributions des employés, des patrons et des affiliés cotisés fourniront approximativement 48.7 du coût global, ce qui laisse 51.3 à payer par le Dominion et les provinces.

Cela signifie que le projet de loi propose de payer environ la moitié du coût du plan à même les trésors du Dominion et des provinces. En d'autres termes, le public en paiera la moitié par la voie ordinaire des impôts. Pourquoi pas le tout? Notre plan propose simplement de faire payer au public, non pas la moitié, mais la totalité du mode de recours au Trésor.

Nous nous opposons absolument à l'établissement d'un plafond qui empêcherait une proportion du peuple canadien de faire partie du plan. Nous approuvons le second principe avancé par le comité consultatif à l'effet que:

> Un système effectif d'assurance-maladie doit englober toute la population.

Et nous approuvons également la déclaration suivante de l'honorable M. Mackenzie:

> Puisque nous visons à améliorer la santé du peuple, nous croyons que ce projet législatif devra s'appliquer à la population tout entière... L'hygiène du Canada constitue donc un problème unique que nous ne pouvons pas fractionner en segments géographiques.

Mais une autre déclaration du ministre soulève nos inquiétudes. C'est celle-ci:

> Le projet provincial envisagé dans les recommandations du comité est suffisamment étendu pour englober toute la population, travailleurs et chômeurs, maîtres et serviteurs, cultivateurs et industriels, employés vieillards, indigents et enfants. Personne ne devra en être exclu. Toutefois, la province est laissée libre de restreindre les prestations aux personnes dont le revenu est inférieur à un certain chiffre-limite.

Nous considérons que cette dernière phrase neutralise l'effet de la première.

A notre avis, il est regrettable que le projet de loi implique qu'il puisse y avoir différents chiffres-limites de revenus dans différentes provinces. Nous remarquons que la *Canadian Medical Association* pose comme huitième principe:

> Le plan devrait être obligatoire pour les personnes dont le revenu annuel est inférieur à un chiffre suffisant pour payer le coût de soins médicaux nécessaires.

C'est là une recommandation précise en vue d'un plafond et d'un plan applicable seulement aux gens à petits salaires.

Cela s'oppose à l'application complète de la médecine préventive. Ce Comité a entendu une grande quantité de témoignages au cours de ces deux derniers mois au sujet des trois problèmes qui se posent pour le Canada, à savoir: la lutte contre la tuberculose et sa prévention, les maladies mentales et les maladies vénériennes. Ces problèmes ne connaissent pas de frontières provinciales, de niveaux de salaires ou de classes sociales. Si nous voulons attaquer ces problèmes sanitaires et beaucoup d'autres avec réalisme, tous les Canadiens doivent partager les mêmes services et la même protection. En un mot, nous nous opposons radicalement à la fixation d'un plafond qui divise les Canadiens en deux camps—un camp intérieur et un camp extérieur—en ce qui concerne un plan d'hygiène nationale; mais nous considérons qu'il serait encore pire de permettre des plafonds différents dans différentes provinces.

Au lieu d'un plafond divisant le peuple canadien en deux, vous risqueriez d'avoir neuf plafonds, un dans chaque province, ce qui neutraliserait la simplicité et l'effet du plan.

Une des plus fortes raisons en faveur de l'application du plan à tous les citoyens est qu'il nous est impossible de nous décharger de notre responsabilité à l'endroit du problème de la population du Canada, problème qui a été négligé dans le passé au grand détriment de notre vie nationale. Aux pages 10 et 11 de la "Santé en marche" nous soulignons ce problème et indiquons la manière de s'y attaquer.

Nous remarquons aux pages 183, 192, 196 du rapport sur l'assurance-maladie du comité consultatif, "que le vieillissement de la population canadienne est un problème de prime importance, particulièrement en vue du présent conflit alors que tant de citoyens dans la fleur de l'âge se sacrifient pour le salut de leur pays... Ce vieillissement de la population est un sérieux problème à la fois du point de vue économique et du point de vue social. Par suite de la baisse constante du taux normal des naissances et de l'immigration, la proportion des enfants et des jeunes gens diminue et par conséquent la population du Canada vieillit plus rapidement. Pour que le Canada survive en tant que nation, il faut prendre des mesures pour renouveler les éléments humains de la population...

Il est fort douteux que l'Europe, après le présent conflit, soit capable de fournir une aide appréciable à cet égard pendant de nombreuses années, étant donné les pertes qu'elle aura subies elle-même. Par conséquent, nous devrons rectifier nous-mêmes la situation par:

1. Une augmentation des naissances;
2. La prévention des maladies;
3. La prolongation de la vie; et
4. Le développement de la santé physique et morale du peuple canadien.

On pourrait récupérer une bonne partie des ressources humaines qui se gaspillent actuellement au pays:

1. En prévenant les mortalités qui pourraient être évitées;
2. En réduisant à un minimum le taux de la mortalité; et
3. En éliminant les dangers de la maternité, de l'enfantement et de la première enfance."

Nous voudrions insister sur ces derniers dangers. Dans un article intitulé "Canada's Greatest Asset, her Mothers and Babies" (publié dans le *Canadian Home Journal*, livraison de mars 1943), le docteur Couture nous prévient que, "depuis le début de la présente guerre, le Canada a perdu 71,000 enfants, y compris les bébés mort-nés". Des pertes comme celles-là équivalent presque à un suicide de la race. Nous soutenons que notre plan d'hygiène éliminerait la cause même de ces pertes; il en coûterait moins cher aux parents d'avoir des enfants, et d'avoir de beaux et nombreux enfants. Cela, non pas pour une classe choisie de la population, mais pour tous les Canadiens.

Ce qui nous préoccupe surtout, ce sont les misérables perspectives que laisse, selon nous, entrevoir aux cultivateurs en général la loi projetée. Dans sa déposition, le docteur Heagerty s'est exprimé en ces termes:

> Vous y trouvez de grandes villes avec de grandes zones industrielles, et vous y rencontrez égalemeent de vastes régions rurales. Le traitement procuré aux gens des agglomérations urbaines différera forcément de celui assuré à la population des régions rurales. Les villes disposent de toutes les facilités voulues. Il est possible d'y fournir toutes les prestations prévues, et cela immédiatement, sans déranger aucunement les services existants. Mais il faut procéder d'une autre façon à l'égard des régions rurales. La conception d'un plan différent s'impose. Il importe de procurer aux populations rurales les services qui sont immédiatement disponibles jusqu'à ce qu'il soit possible d'assurer un service complet.

On a répété plusieurs fois devant ce Comité que les gens de la campagne devront attendre avant de pouvoir compter sur un service équivalent à celui des centres urbains. Dans le passé, ils étaient obligés de se satisfaire de ces conditions. Ils ont droit à la même considération en vertu du plan d'hygiène nationale.

Le 14 mai, le docteur Couture a plaidé vigoureusement devant votre Comité la cause des femmes et des enfants du Canada; il a abondamment prouvé la situation déplorable qui existe dans les campagnes. Dans sa déposition le docteur Couture a déclaré:

> En 1941, 38 p. 100 des naissances, c'est-à-dire 96,634 naissances se sont produites à la campagne.

Dans la "Santé en marche", nous citons les paroles suivantes du docteur Couture:

> Chaque année, environ 20,000 mères au Canada ne reçoivent pas de soins médicaux à la naissance de leurs enfants... et un quart seulement de toutes les naissances ont été l'objet de soins prénataux.

Nous sommes d'accord avec le docteur Couture quand il ajoute: "Donc, au Canada, il faut accorder le premier rang, dans tout plan d'hygiène, à la question du soin des mères à la campagne."

M. CLEAVER: Me sera-t-il permis de vous interrompre un moment? Avez-vous le détail des 20,000 cas où l'on a constaté l'absence de tout médecin lors de la naissance, et pouvez-vous nous indiquer combien de ces cas se sont produits à la ville et combien à la campagne?

Le TÉMOIN: Je n'ai pas ces chiffres sous la main, mais nous pouvons les obtenir du docteur Couture.

Le Dr HEAGERTY: Ces chiffres figurent au rapport du comité consultatif.

Le TÉMOIN: Voici quelques chiffres qui montrent combien les districts ruraux sont mal partagés au point de vue du personnel médical (enquête sur la distribution des soins médicaux et des services d'hygiène au Canada). Ces chiffres sont ceux de l'année 1931, mais la guerre n'a fait qu'aggraver la situation. Au Canada, le nombre des médecins variait de 1 médecin pour 872 personnes dans une province, à 1 médecin pour 1,578 personnes dans une autre province; les dentistes, de 1 pour 1,879 personnes dans une province, à 1 pour 4,134 dans telle autre; les infirmières, de 1 pour 351 personnes dans une province, à 1 pour 859 dans telle autre. Pour les 20 villes d'au moins 30,000 âmes, c'est-à-dire pour 28 p. 100 de la population totale du Canada, on comptait 45 p. 100 des médecins, 48 p. 100 des infirmières et 49 p. 100 des dentistes.

A l'heure actuelle, plus de 40 p. 100 de la population du Québec habite la campagne, mais 13 p. 100 seulement des médecins la desservent. Il en est de même pour les autres provinces. Nous aimerions demander à chacun des représentants du peuple, et surtout des représentants de la population agricole, si c'est leur désir que le bill d'hygiène du Canada perpétue de pareilles conditions. Nous tous qui sommes aujourd'hui réunis dans l'intérêt des populations rurales, nous protestons énergiquement contre toute inégalité de service dont peuvent souffrir les gens de la campagne.

Je vais maintenant vous faire connaître, dans les quelques pages qui vont suivre, l'opinion, telle qu'elle s'est exprimée par la voie de la radio dans les divers centres agricoles par tout le pays, de la population rurale du Canada.

Ces opinions ne sont pas des opinions individuelles; chacune est celle d'un groupe qui a fait rapport, à l'issue de la discussion sur le plan d'hygiène nationale.

Colombie-Britannique—Heffley-Creek.—"Les médecins ne se dérangent pas si le malade ne peut être déplacé. S'ils se dérangent, ils se font payer environ $60 les trente milles du trajet d'aller. Il n'y a absolument aucun service d'hygiène dans notre localité".

Alberta—Foisy.—"Un seul médecin dans notre région—environ 500 milles carrés, et il n'est pas toujours visible. Pour le voir, il faut attendre plusieurs heures durant la journée".

Irma.—"Nous sommes mal servis. Dans les cas de maternité, il faut voyager plus de vingt-cinq milles pour atteindre l'hôpital ou le médecin".

Legent.—"Il n'y a aucun médecin entre Lethbridge et la frontière de la Saskatchewan, et depuis Bow-Island jusqu'à la frontière du Montana".

Mallaig.—"Le médecin actuel couvre un territoire d'environ 2,000 milles carrés".

Saskatchewan—Algrove.—"Le médecin le plus rapproché dessert environ 700 milles carrés".

Grenfell.—"Notre médecin local dessert environ 800 milles carrés... Comme il suit actuellement un traitement médical, tout ce territoire va se trouver sans médecin pour trois mois".

Leader.—"Les conditions d'hygiène dans notre centre sont déplorables. Notre école ne reçoit la visite d'aucun médecin et d'aucune infirmière. Cet automne, dans l'une de nos familles, un enfant souffrait d'une maladie contagieuse... à la fin il a fallu fermer l'école, parce que l'instituteur et tous les enfants étaient malades. Parce qu'elles n'ont jamais la visite du médecin à la naissance de leurs enfants, et moins encore de soins prénataux, la plupart des femmes qui ont été mères vieillissent vite et sont prématurément impotentes. Il est honteux et scandaleux qu'en pays démocratique et chrétien un pareil état de choses puisse prévaloir".

Manitoba—Durban.—"Plus de 4,000 milles carrés et de 6,000 âmes sont desservies par trois vieillards malades, âgés de 65, de 70 ans et plus".

Foxwarren.—"On ne se préoccupe pas de l'hygiène. Dans tout le district, il y a rareté de médecins et de dentistes. Les gens parcourent de quarante à quatre-vingts milles avant de trouver un dentiste".

Ontario—Paisley.—"Dans les centres avoisinants, les rangs des médecins se sont éclaircis de 50 p. 100. En cas d'épidémie ils seraient débordés".

Melancthon.—"Les médecins sont rares et leurs honoraires trop élevés. Aucun ne refuse de venir en cas d'urgence. Mais aucun, par ailleurs, ne se déplace que s'il y est tenu".

Essex.—"Il n'y a pas assez de médecins pour soigner les malades et à plus forte raison pour exercer la médecine préventive".

Campbellcroft.—"Notre médecin local est âgé de 82 ans et n'exerce plus sa profession".

Chatsworth.—"Notre médecin actuel doit parcourir une superficie de plus de 300 milles carrés. En cas d'épidémie, il ne pourrait même pas ambitionner de desservir les malades de façon satisfaisante".

Holstein.—"Mauvais service. On ne peut se faire traiter dans le canton qu'un après-midi par semaine, l'après-midi où le médecin d'Ayton fait ici un séjour de quelques heures. Et les gens des environs ne s'arrangent pas toujours pour mourir cet après-midi-là".

Meaford.—"Il n'y a ni médecin ni dentiste dans le canton. Le médecin ne visite, à la campagne, que les malades qui ne peuvent être transportés à l'hôpital".

Seaforth.—"Le gouvernement encourage l'épreuve de tuberculose que l'on fait subir au bétail, il rembourse les pertes et organise chaque année, gratuitement, les analyses de sang. Et que dire de la santé des hommes? C'est la Russie qui a remporté la palme pour tout ce qui a trait à l'hygiène".

Walton.—"Les vieillards n'ont pas de santé. Au moins 60 p. 100 des jeunes gens ont échoué à l'examen médical de l'armée. Le nombre des médecins est tombé à 50 p. 100. Il est impossible de trouver une infirmière enregistrée. Nous ne pouvons soutenir la concurrence des services urbains".

Almonte.—"Nos médecins sont tous des vieillards à l'heure qu'il est... et leur tâche de guérir la maladie leur laisse peu de loisirs, ou pas du tout, pour la prévenir".

Wilton-Grove.—"Avant la guerre, nous avions assez de médecins, mais par suite des enrôlements, il est devenu difficile d'en trouver un; bien que nous ne soyons pas éloignés de London, plusieurs médecins de la ville refusent de venir à la campagne".

Burgessville.—"Les médecins de la ville, qui demeurent à 8 ou 10 milles, refusent de se rendre chez vous si vous n'êtes pas leur client régulier. La médecine privée, comme on la pratique actuellement, ne tient aucun compte des mesures préventives".

Mount-Elgin.—"Nous avons perdu les deux médecins de notre canton, et il nous en coûte beaucoup plus cher de faire venir un médecin de la ville".

Norwich.—"Un cultivateur a contracté une dette de $1,300 pour soins médicaux".

Peterboro.—"La plupart des médecins refusent catégoriquement de se rendre à la campagne, quels que soient les honoraires qu'on leur offre".

Picton.—"Dans notre comté, les médecins ne sont pas assez nombreux pour répondre à la demande de tous les centres, et ils suffisent à peine à la besogne dans leur propre ville".

Finch.—"A l'heure actuelle, nous n'avons aucun service médical, puisque notre unique médecin local s'est enrôlé dans l'armée".

Belwood.—"Il n'y a pas de médecin dans le comté, ce qui rend excessifs, pour un revenu modeste, les honoraires du médecin qui doit parcourir une grande distance pour arriver à son malade".

Kenilworth.—"Les médecins sont rares et bon nombre de gens ne peuvent se payer le luxe de leurs services; personne n'appelle donc un médecin à moins d'être grièvement malade".

Québec—Foster.—"Nous avons une unité sanitaire, mais le territoire à parcourir est trop vaste pour que nous en obtenions des résultats satisfaisants".

Farnham.—"L'unité sanitaire ne suffit pas à la besogne. Pour les soins aux enfants, ce n'est pas mal, mais il faudrait que nous ayons quelque chose de plus concret que des conseils".

Sawyerville.—"Il n'y a pas de médecins, mais il y a deux entrepreneurs de pompes funèbres—de sorte qu'on peut mourir n'importe quand".

Bury.—"A cause des distances et de la modicité des revenus, on ne peut se faire traiter convenablement qu'en cas d'extrême nécessité".

Lennoxville.—"Les riches peuvent se faire traiter, et les très pauvres reçoivent les soins d'urgence. Nous avons tous en horreur les hôpitaux et les médecins, parce qu'à plusieurs il a fallu de nombreuses années pour acquitter les frais d'une ou deux opérations ou maladies prolongées".

Way's-Mills.—"Parfois vous avez la chance de recevoir plus de soins médicaux que l'état de vos finances ne vous le permet. Il faudrait se faire traiter plus souvent, mais c'est là un luxe que l'on ne peut pas se payer".

Ayers-Cliff.—"Nous luttons actuellement pour l'égalité des droits universels. Donnez à tous les mêmes avantages, faites des citoyens robustes et vous aurez de bons citoyens".

Nouveau-Brunswick—Centreville.—"Sur la rive ouest de la rivière Saint-Jean, dans le comté de Carleton, cinq paroisses sont sans aucune sorte de médecin".

Debec.—"Il n'y a pas de médecin dans la localité, et il est à peu près impossible d'en atteindre un, puisque la ville la plus rapprochée est à dix milles de distance".

Woodstock.—"Inutile de compter sur un médecin quand on en a besoin. Les médecins semblent ne porter aucun intérêt à la population agricole".

Moores-Mills.—"Ni médecins ni hôpital, pas même une infirmière enregistrée".

Bloomfield-Station.—"La guerre nous a dépouillés de ce que nous avions—un médecin abat la besogne de trois".

Summerhill.—"Le taux de maladie est beaucoup plus élevé chez nous que si nous avions les soins médicaux dont nous avons besoin. Nous manquons absolument de services d'hygiène publique".

Welsford.—"Avant la guerre, nous avions en propre un médecin et une pharmacie. Maintenant, nous n'avons plus ni l'un ni l'autre".

Cooksville.—"Une famille tuberculeuse et plusieurs enfants auraient besoin de se faire soigner les dents et de se faire enlever les amygdales".

Young's Cove.—"Comme elle se pratique actuellement, la médecine nous sert mal et est très coûteuse. Il y a trop de monde par mille carré—et trop de territoire à couvrir".

Petitcodiac.—"Avec le nombre considérable de médecins des districts ruraux qui se sont enrôlés, et le petit nombre de ceux qui restent pour couvrir de grandes distances, une crise paraît imminente".

Nouvelle-Ecosse—Amherst.—"Pas un seul médecin n'habite à moins de 15 milles, et les médecins de la ville refusent de visiter la campagne en hiver. Les honoraires pour une visite varient de $15 à $35. Un homme, qui avait reçu un coup de feu dans la hanche à une heure de l'après-midi, a dû attendre jusqu'à 9 heures le même jour pour recevoir un traitement; et ce n'est que le lendemain soir, à 7 heures, qu'il parvenait à entrer à l'hôpital".

Elderbank—"Notre médecin a 275 milles à parcourir. Plusieurs se privent de ses services parce qu'ils ne peuvent lui payer ses honoraires. On sollicite l'intervention immédiate du gouvernement fédéral".

Mme Casselman:

D. Avez-vous reçu aussi des rapports favorables—des rapports qui n'ont pas encore été cités?—R. Oui, quelques-uns étaient favorables?

D. Avez-vous des chiffres montrant dans quelle proportion se répartissaient les réponses favorables et les réponses défavorables?—R. Avec le service médical qui fonctionne actuellement?

D. Je parle des chiffres que vous avez recueillis jusqu'à ce jour?—R. Il faudrait que je cite de mémoire, ou encore, que je vous réponde à peu près. Je dirais que 10 à 15 p. 100 des rapports étaient favorables.

M. Howden:

D. Diriez-vous que c'est là un tableau assez général de la situation au pays?—R. Je ne dirais pas que le tableau soit vrai pour tout le pays. Nous avons dépouillé tous les rapports reçus, et choisi ceux dont nous avions besoin, mais le tableau est tout de même assez vrai pour tout le pays. Il représente malheureusement trop bien ce qui se passe dans la majorité des cas pour que je puisse dire...

M. Donnelly:

D. Dans quelle proportion les rapports que vous avez sous la main attribuent-ils à l'enrôlement la rareté des médecins?—R. Je pense que le nombre que j'ai sous la main donne une indication assez exacte. Nous n'avons pas analysé les bulletins sous ce rapport. Encore une fois, je dirais que la minorité seulement est imputable à cette cause.

M. Donnelly:

D. Un grand nombre des bulletins que vous nous avez lus attribuent la difficulté à l'enrôlement des médecins?—R. En effet.

D. Et la crise des médecins?—R. Oui; autant que je puis répondre, la minorité des cas était imputable à cette cause.

Mme Casselman:

D. N'est-il pas vrai qu'environ 30 p. 100 des médecins et des dentistes portent maintenant l'uniforme et ne desservent plus la population civile?—R. Je doute que le pourcentage soit aussi élevé.

M. DONNELLY: Trente pour cent des médecins sont partis de la circonscription que je représente.

M. Howden:

D. Reprenons la question en d'autres termes. Avant la déclaration de la guerre, tous ces gens-là jouissaient-ils d'un service médical satisfaisant?—R. Voilà précisément le point. Je pense que tout le monde conviendra que, même avant la déclaration de la guerre, presque aucun des districts intéressés ne bénéficiait d'un service médical satisfaisant. Cette constatation s'applique à la grande majorité des centres agricoles aux quatre coins du Canada, et c'est justement le point que je voudrais faire ressortir.

M. Shaw:

D. Pouvez-vous nous donner une idée du nombre des médecins, autrefois établis dans les centres agricoles, qui ont afflué dans les villes et les villages parce que les médecins de ces villes et de ces villages s'enrôlaient? Je crains qu'il n'y ait là une cause de la gravité de la situation dans les centres agricoles.—R. Oui; et cela revient au même. Car en effet, quoique, de fait, le médecin n'ait pas passé des districts agricoles dans l'armée, cependant le médecin quittait ses clients de la ville pour l'armée, et le médecin de campagne s'établissait en ville parce qu'il voyait là une occasion d'améliorer sa situation.

M. JOHNSTON: En dernière analyse, il reste que les médecins ne desservent pas les campagnes comme elles devraient être desservies pour quelque raison que ce soit. Cet état de choses existait déjà avant la guerre, quoiqu'il ait pu s'aggraver encore depuis. Le même état de choses existait avant la guerre.

Le TÉMOIN: Oui, et il s'aggravait chaque jour avant la guerre et à mesure que la guerre approchait; il est incontestable que la guerre a rendu les choses infiniment pires qu'elles n'étaient.

M. McGarry:

D. N'est-il pas reconnu qu'il est extrêmement difficile d'amener les jeunes diplômés d'aujourd'hui à s'établir à la campagne?—R. Oui.

D. Dans ma province, j'ai pu constater que les jeunes gens répugnent à s'établir à la campagne parce qu'ils sont privés alors des services d'un hôpital et des autres avantages dont ils jouiraient dans les villes et les villages; de sorte qu'en réalité le médecin qui dessert une région agricole n'est devenu rien de moins qu'un pourvoyeur de clients pour tel ou tel hôpital, et par le fait même, une bonne partie de la tâche qu'il avait l'habitude d'accomplir autrefois, alors que ses malades ne pouvaient pas être transportés à l'hôpital, lui est devenue étrangère.

En cas de pneumonie, de typhoïde ou de maladie semblable, je n'hésite certainement pas à envoyer le malade à l'hôpital. Une intervention chirurgicale s'impose-t-elle—autrefois, alors qu'il n'y avait pas d'hôpitaux dans le voisinage, je faisais moi-même l'opération—je me contente de déléguer le malade aux soins d'un chirurgien de l'hôpital, et les médecins de campagne ne retirent aucune rétribution—ou peu s'en faut—pour les services rendus, quoique souvent, ils aient rempli là la plus grande partie de la tâche, celle du diagnostic. La coutume établie aujourd'hui est d'envoyer les malades à l'hôpital. Je ne sais comment il faudrait s'y prendre pour amener les jeunes gens à pratiquer à la campagne.

M. HOWDEN: Qu'ils aient de quoi vivre. Ils ne gagnaient pas ce qu'il fallait dans le passé. Ils ne pouvaient s'établir à la campagne, parce qu'ils étaient incapables d'y gagner leur vie.

Le TÉMOIN: J'irais jusqu'à dire que je doute si nous serons jamais de nouveau en mesure de rendre la campagne assez attirante pour y attirer les jeunes gens et les amener à s'y établir.

M. Fulford:

D. Quelle méthode pratique proposeriez-vous à cet effet? Faudrait-il enrégimenter les médecins? En ce cas, je crains bien qu'une baisse considérable s'ensuive dans l'inscription aux collèges de médecine.

M. HOWDEN: Faites en sorte qu'ils puissent gagner leur vie.

M. FULTON: Un médecin de campagne que je connaissais vient de mourir. Il avait une belle clientèle. Il avait accès à trois hôpitaux au moins. Sa veuve a fait publier une annonce dans les grands quotidiens de Toronto et de l'Est de l'Ontario, mais personne ne veut prendre la clientèle du défunt. Vous avez signalé que le médecin de campagne est attiré vers la ville. N'est-ce pas là le courant général d'un bout à l'autre du pays? Je voudrais vous poser une question: A votre sens, cette affluence des cultivateurs et des fils des cultivateurs vers la ville pourrait-elle être plus ou moins enrayée par l'établissement, à la campagne, de conditions plus favorables à l'exercice de la médecine? Après tout, le cultivateur n'est plus fondé à se plaindre de son isolement, parce qu'il a de nos jours à sa disposition, la radio, l'automobile, des moyens multiples de transports, des divertissements de toutes sortes, le téléphone et le reste, et pourtant, les campagnes continuent d'être désertées. Croyez-vous que le cultivateur qui abandonne la terre agisse ainsi, entre autres motifs, parce qu'il redoute la maladie et qu'il craint de ne pouvoir compter, quand il sera malade, sur des soins médicaux satisfaisants?

Le TÉMOIN: Cela est vrai en partie. Pour ma part, la question des services médicaux dans les régions agricoles ne sera résolue que le jour où l'on adoptera en grand, un plan d'hygiène nationale, et je pense que, ce jour-là, des dispositions pourront être prises pour que les conditions à la campagne soient devenues si attirantes que, non seulement les jeunes médecins, mais encore les médecins les plus zélés et les plus expérimentés consentent à s'y établir.

M. Donnelly:

D. A ce propos, je puis dire que je suis originaire d'une région dans la Saskatchewan où les médecins municipaux sont tous engagés par la municipalité. On a aussi éprouvé là-bas des difficultés au sujet des jeunes médecins.—R. J'ose vous faire observer que je n'ai plus que trois pages à lire?

Le VICE-PRÉSIDENT: En effet; je pense que nous devrions attendre la fin du mémoire de M. Hannam, et interroger ensuite.

Le TÉMOIN: Je vous préviens également que les questions que nous avons discutées se trouvent en partie résolues dans les pages subséquentes de mon mémoire.

A nos yeux, c'est sur le médecin général que repose tout l'édifice du plan projeté; et pour lui permettre d'accomplir sa tâche, nous recommandons que des centres d'hygiène soient établis tant dans les campagnes qu'à la ville. Il n'est que de suivre la carte géographique du pays, comme nous l'avons dit antérieurement, pour voir où ces centres seraient le plus avantageusement situés. L'installation n'aura pas besoin d'y être luxueuse; ces centres pourraient rappeler les hôpitaux municipaux et syndiqués de l'Ouest. Il suffirait de pouvoir trouver dans ces centres les services indispensables de radiographie, de laboratoire, d'art dentaire, ainsi qu'un spécialiste et des infirmières. A la méthode actuelle, des médecins luttant individuellement contre le problème de la maladie, surtout dans les régions rurales, serait substitué, par l'intermédiaire de ces centres d'hygiène, le travail collectif de médecins, pouvant utiliser un matériel en commun et se consulter les uns les autres.

Il existe un problème que le peuple prend à cœur: celui des soldats qui rentreront de la guerre. Dans toutes les réunions et assemblées s'est exprimée, d'une manière non équivoque, l'opinion que ces hommes devront bénéficier des

services d'hygiène de la collectivité, sans avoir à parcourir des milles et des milles pour établir leurs droits devant des commissions. L'expérience de l'autre après-guerre n'est pas oubliée. Serons-nous prêts, quand nos soldats rentreront chez eux, dans tout le Canada? Serons-nous prêts à agir en faveur des médecins et autres personnes qui auront servi dans l'armée, et n'auront jamais eu de clientèle? Ils voudront continuer à servir l'humanité, et notre plan doit leur en fournir l'occasion.

En ce qui concerne la composition des commissions d'assurance-maladie, on a dit, devant votre Comité, que la Fédération d'Agriculture désirait la plus grande part de l'administration pour l'Agriculture. On a dit aussi que l'Agriculture voulait reléguer les professions médicale, dentaire et autres en position auxiliaire. C'est absolument faux. La Fédération d'Agriculture ne désire pas la majorité du contrôle, et ne l'a jamais demandée. Nous n'avons pas non plus demandé de reléguer les autres professions dans une position subordonnée. Nous avons dit que la commission d'assurance-maladie devrait se composer de représentants de ceux qui donnent et de ceux qui reçoivent les services, ces derniers constituant la majorité. Nous n'avons jamais demandé que cette majorité fût composée de cultivateurs. Nous approuvons le Congrès des Métiers et du Travail quand il déclare:

> Nous voulons être sûrs que la Loi sur l'assurance-maladie aura pour objet de fonctionner à l'avantage des contributeurs et non entièrement dans l'intérêt des médecins... Nous sommes naturellement disposés à concéder à la profession médicale le droit d'être représentée, mais nous ne pourrions en aucune façon lui accorder la majorité.

Nous demandons une représentation équitable de tous les groupes intéressés, et nous sommes nettement opposés au monopole d'un groupe quelconque. Nous ne voulons pas de monopole pour notre propre groupe.

La population est de plus en plus consciente de l'importance de la médecine préventive, et de plus en plus disposée à l'accepter intégralement. La pratique générale de la médecine doit être mise en mesure de faire autant et plus que l'hygiène publique n'a fait dans le passé; et ce résultat ne peut s'obtenir qu'avec un programme bien unifié. Nous devons rendre l'exercice de la médecine préventive avantageux pour tous les hygiénistes, dans leur tâche quotidienne, et susciter l'entière collaboration de la population. Les centres d'hygiène devront être utilisés pour fins d'éducation, comme nous l'avons indiqué dans la brochure "La santé en marche", qui vous a été remise. Et ceci doit comprendre les statistiques locales. Personne ne connaît mieux que la Fédération d'Agriculture la nécessité des chiffres relatifs à la situation collective; et les statistiques manquent réellement dans les régions rurales. Nos pensées, nos efforts, notre argent, ont été si absorbés par la maladie, dans le passé, qu'il nous est difficile de renverser le processus et de les consacrer à l'hygiène positive. Mais cela peut se faire, si le plan est bien organisé, si nos hygiénistes et la population collaborent entièrement. La Fédération canadienne d'Agriculture a beaucoup étudié ces questions d'éducation, dans le passé. Elle est prête à collaborer largement avec tous les autres à cette tâche importante qui consiste à préparer le peuple à une mesure essentielle au progrès social du Canada.

Résumé

Tels sont les grands principes d'un plan national d'assurance-maladie pour toute la population.

Ils nous procureraient à tous les avantages d'une direction nationale et constructive, sans avoir à modifier l'Acte de l'Amérique britannique du Nord et sans empiéter sur l'autonomie provinciale.

Le projet présenté par l'Agriculture envisage "la santé pour tous" et un plan pratique pour y arriver. Tout le dynanisme de ce plan d'envergure nationale

engage tout le monde à penser en fonction de la bonne santé. Tous participeraient à ce plan. Tous contribueraient, proportionnellement à leurs moyens. Les services d'hygiène, au complet, ne seraient refusés à personne, riche ou pauvre. Il n'existerait plus un lit offert par charité dans les hôpitaux du pays. C'est une chose importante.

Quand ce plan se réalisera, notre pays vivra un grand jour. Tous pourront être fiers des progrès de notre société.

L'association que nous représentons soumet ce plan au Gouvernement. Ce n'est pas un plan à l'intention des seuls cultivateurs. C'est un plan soumis par les cultivateurs pour toute la population de notre pays.

Nous vous remercions.

M. Howden:

D. Avant de vous laisser partir, je voudrais vous poser une ou deux questions. D'abord, des exemplaires de ce mémoire seront-ils remis à tous les membres du Comité?

Quelques DÉPUTÉS: Il sera imprimé.

M. Howden:

D. Je comprends, d'après votre mémoire, que vous préconisez la médecine d'Etat. N'êtes-vous pas d'accord avec moi?—R. Pas exactement.

D. Je vous interroge dans un esprit amical. Je préconise la médecine d'Etat à la Chambre des communes depuis 1930, mais je ressemble fort à la voix qui crie dans le désert.—R. Ce serait une modalité de la médecine d'Etat, administrée par des commissions intépendantes.

D. Voici ce que je voulais vous demander: la médecine d'Etat comporte certains aspects que je voudrais signaler. Lorsqu'elle est instituée, il n'y a plus de limites aux consultations, car les citoyens n'ont rien à payer, en dehors de l'impôt. Avez-vous pensé à cet inconvénient, et possédez-vous quelque moyen de l'enrayer? Vous comprenez ma question.—R. Oui. Je ne crois pas que cela constitue un sérieux obstacle au plan. Cet inconvénient n'a pas sensiblement gêné l'exercice de la médecine municipale dans les provinces de l'Ouest. Telle est, du moins, mon opinion. Je parle en ce moment des gens qui viennent consulter le médecin parce que c'est assez commode.

D. J'ai été médecin d'une municipalité, il y a un bon nombre d'années. Bien des gens venaient consulter le médecin sans raison, parce que cela ne leur coûtait rien.

M. DONNELLY: Cette expérience a été faite dans certaines municipalités de la Saskatchewan. Pour arrêter ce flot, certaines municipalités ont imposé un honoraire de deux dollars pour la première consultation. Dans ces municipalités, le malade doit verser deux dollars au médecin, lors de la première visite. Ensuite, le médecin ne perçoit rien. Cette mesure est prise pour empêcher les gens de consulter le médecin sans raison.

M. JOHNSTON: D'après mon expérience, les médecins savent se montrer si désagréables lorsque vous les dérangez pour rien, que vous n'irez pas les consulter une deuxième fois sans être malade.

Le VICE-PRÉSIDENT: Je crois que nous devrions entendre M. Martin avant d'aborder les questions à M. Hannam.

M. CLEAVER: Il serait sage d'interroger M. Hannam quand le sujet est encore frais dans notre esprit.

Le VICE-PRÉSIDENT: Je crois que M. Martin doit simplement dire quelques mots. M. Martin appartient à la Coopérative Fédérée de Québec.

M. R. MARTIN, secrétaire de la Coopérative Fédérée de Québec, est appelé.

Le VICE-PRÉSIDENT: J'ai le plaisir de vous présenter M. Martin.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, messieurs, pour gagner du temps je vais essayer de vous présenter mes quelques remarques en anglais.

La Coopérative Fédérée étant affiliée à la Fédération canadienne d'Agriculture, je crois devoir dire au Comité que nous approuvons le plan national d'assurance-maladie proposé par la Fédération.

Nous reconnaissons d'abord l'excellent travail accompli par les services d'hygiène du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux, par les associations médicales et par les médecins individuellement. Mais il faut ajouter que la besogne accomplie en matière d'hygiène publique ne correspond pas aux besoins de la population, et que l'on s'est fort peu occupé de médecine préventive, dans le passé. Plus encore, il n'existe pas, dans les régions rurales, de moyens suffisants pour donner aux citoyens les soins nécessaires, dans leur foyer. En certains endroits, il n'y a pas de médecin, ailleurs le médecin est trop éloigné, ou il n'y a pas d'hôpital. Dans les régions urbaines, les citoyens ont le médecin et l'hôpital à leur porte, mais n'ont pas les moyens de les payer, ce qui pose un autre problème. Même s'ils avaient l'argent, dans les régions urbaines, ou l'argent et l'hôpital dans le cas des régions rurales, il n'est pas certain qu'ils utiliseraient les services à leur disposition, car on ne leur a pas enseigné les questions de prévention ou de nutrition. L'hygiène publique n'est pas seulement une question d'argent, de personnel et d'institutions. L'hygiène publique est d'abord un problème d'éducation, de nutrition et de logement. L'hygiène publique est également en rapport direct avec les problèmes de la restauration de la vie rurale et l'établissement d'un pays fort, heureux et prospère. Si tous les citoyens, jeunes et vieux, se portent bien, ils constitueront une valeur positive, au lieu d'être à la charge des autres, de tout le pays. Je crois donc que le Dominion fera face au coût d'application d'un plan national par le procédé ordinaire de la fiscalité. L'hygiène publique n'est qu'un service public, dont toute la population éprouve le besoin urgent.

Une fois de plus, je crois que Québec approuvera un tel plan, et je suis sûr que cela servira le progrès de notre Canada.

Le VICE-PRÉSIDENT: Merci, monsieur Martin.

M. SHAW: Monsieur le président, je voudrais poser deux questions à M. Hannam. Auparavant, je dirai que nous admettons que le succès ou l'échec d'un plan comme celui-ci dépendra largement de l'attitude d'organismes comme les associations agricoles. M. Hannam a dit, ou du moins j'ai l'impression qu'il a laissé entendre, qu'il n'approuvait pas les idées exprimées par certaines associations au sujet de l'administration du plan. Il estime que la majorité des représentants devraient être des profanes. Puis-je demander à M. Hannam de s'expliquer sur ce point, et de nous donner sa franche opinion sur l'attitude de la *Canadian Medical Association* au point de vue de l'administration. Ce sera ma première question.

M. HANNAM: Je rappellerai d'abord que la *Canadian Medical Association* a recommandé que le plan soit obligatoire "pour les personnes ayant un revenu annuel insuffisant pour payer le coût de soins médicaux convenables". Sur les questions de contrôle et d'honoraires, la *Canadian Medical Association* a posé ses principes dans un mémoire au Comité, en juin 1942. Le premier principe est celui-ci: "Que, dans les provinces où l'assurance-maladie est établie, elle soit administrée par une commission d'assurance-maladie indépendante, composée en majorité de représentants des associations médicales". Non pas de membres du service médical, mais d'une majorité de représentants des associations médicales. C'est le principe nº 1. Le numéro 13 concerne les honoraires. "Que les praticiens de chaque province soient rémunérés suivant la méthode ou les méthodes de leur choix." Il s'agit de la méthode. Puis, le numéro 14...

M. HOWDEN: Cela veut dire la méthode des honoraires.

M. HANNAM: On ne dit pas quelle méthode ce sera, mais que ce sera la méthode de leur choix. Le choix de la méthode leur serait laissé.

Mme CASSELMAN: Est-ce que "leur" désigne la province ou les médecins?

M. HANNAM: Je relis: "Que les praticiens de chaque province soient rémunérés suivant la méthode ou les méthodes de leur choix." Je suppose que "leur" désigne les médecins.

Mme CASSELMAN: Mais il s'agit de la loi provinciale.

M. HOWDEN: Non.

M. CLEAVER: Cela désigne la méthode: système d'honoraires, système de salaire, ou paiement par tête.

M. HOWDEN: C'est exact.

M. CLEAVER: Je ne vois pas grand mal à cela.

M. HANNAM: N° 14 (*a*): "Que l'échelle des honoraires dans tout système d'assurance-maladie soit l'échelle des honoraires acceptée par les associations médicales de la province intéressée."

M. DONNELLY: Ne trouvez-vous pas cela juste?

M. HANNAM: Non, je ne le trouve pas.

M. DONNELLY: Si vous traversez les provinces du Canada, vous constaterez actuellement une différence extraordinaire. Le coût d'un accouchement est de $35 dans l'Ouest, contre $5 ou $10 en Nouvelle-Ecosse.

M. HANNAM: Je tâcherai de faire comprendre clairement mon opinion dès que j'aurai lu le suivant. J'ai lu le numéro 14 (*a*); voici le 14 (*b*): "Que toutes les échelles d'honoraires soient entièrement sous le contrôle des association médicales, dans chaque province."

M. DONNELLY: Dans la province?

M. HANNAM: "Que toutes les échelles d'honoraires soient entièrement sous le contrôle des associations médicales dans chaque province." Il y a encore une chose que je veux mentionner. Le docteur Heagerty a dit, devant ce Comité: "L'administration, dans le domaine provincial, d'après ce plan—le projet de loi—sera confiée à une commission représentative de tous les participants: travailleurs, agriculteurs, organisations féminines, médecins et autres. Toutefois, un seul homme sera rémunéré. Un médecin en aura la direction et cette décision paraît justifiée." Je crois que personne ne contestera cette dernière affirmation. Cela semble assez justifié. Mais mettre les trois choses ensemble: la majorité de la représentation accordée aux associations médicales, l'entier contrôle des échelles d'honoraires confié aux associations médicales dans chaque province, enfin la rétribution d'un seul membre de la Commission, qui sera un médecin, tout cela est différent.

Comme je l'ai dit dans mon mémoire, nous ne sommes pas partisans du contrôle d'un seul groupe. Il pourrait être justifié de placer le contrôle d'un élément entre les mains d'un groupe. Il ne le serait pas de lui confier le contrôle des trois éléments. C'est comme si nous demandions de confier à une majorité de représentants de la Fédération d'Agriculture la direction d'une commission qui fixerait le prix des aliments pour tous les consommateurs du pays. Nous ne sommes pas opposés, et je ne m'oppose pas à une pleine représentation des médecins et praticiens, dans le plan. Leur donner le droit de proposer un échelle d'honoraires et autres choses de ce genre, oui, mais non pas le contrôle complet.

M. DONNELLY: Combien y a-t-il de médecins dans cette commission? Y a-t-il un seul médecin?

M. HANNAM: Le docteur Heagerty pourra répondre à cette question.

M. DONNELLY: Combien cette commission est-elle censée comprendre de médecins?

Le Dr HEAGERTY: Elle compte deux médecins, le président et le représentant du ministère de l'Hygiène, qui en est membre d'office. M. Hannam a cité la *Canadian Medical Association*. Il n'a pas cité le comité consultatif d'assurance-maladie. Pourquoi avons-nous recommandé que le président soit un médecin? Parce qu'un médecin peut seul ordonner tout l'ensemble. Tout ce qui a été exposé ici ce matin au sujet de l'hygiène publique et de l'exercice de la médecine reproduit des opinions de médecins, et des recommandations faites par des médecins, non seulement au Canada mais dans tous les pays. Aucune opinion ou idée originale n'a été soumise dans ce prétendu plan. Il n'est pas douteux que le profane doive être représenté, mais il ne doit pas avoir la direction du plan. Si la direction est confiée à des profanes, nous n'aboutirons pas au résultat voulu; nous ne saurons même pas où nous allons, car les profanes ont tendance à gober toutes les suggestions qui leur sont faites, en matière d'hygiène. On a parlé ce matin de créer des centres d'hygiène dans tout le pays. L'idée a été acceptée sans discussion. Le Comité a prêté beaucoup d'attention à la question des centres d'hygiène. Nous avons suivi ce qui a été dit, pensé et fait par la commission du programme de la *British Medical Association*. Cette association n'a pas recommandé la création de centres d'hygiène dans les régions rurales. Voulez-vous créer dans toutes les régions rurales du Canada des centres d'hygiène où des médecins, des spécialistes, des consultants et du personnel de laboratoire resteront assis, les bras croisés, sans avoir rien à faire? Il n'y a pas assez de malades. Le projet de médecins municipaux, les dispositions relatives aux hôpitaux, aux spécialistes et aux consultants, résoudront tout le problème.

Prenez maintenant une autre question, celle du plan. Vous avez dit que vous présentez un plan, et qu'il n'est pas nécessaire de modifier l'Acte de l'Amérique britannique du Nord pour le mettre en vigueur. J'ai soumis ce projet au ministère de la Justice, qui m'a répondu: "Docteur, ce n'est pas un plan." Vous avez basé tout votre plan, si je puis dire, tout votre projet, sur la possibilité de ne pas modifier l'Acte de l'Amérique britannique du Nord. Beaucoup d'autres ont fait la même chose à l'égard du plan financier d'après-guerre. Ils ont marché dans l'idée que l'Acte de l'Amérique britannique du Nord serait modifié. Mais mes enquêtes, qui ont été approfondies, me conduisent à penser que l'on ne désire plus modifier l'Acte de l'Amérique britannique du Nord.

Toutefois, nous nous éloignons de l'idée de base—à savoir que les médecins, les infirmières, le personnel des hôpitaux, sont les gens qui peuvent organiser un plan, qui peuvent étudier tout ce qui se rapporte à l'exercice de la médecine et à l'hygiène publique. Le médecin connaît l'exercice de la médecine. Il connaît l'hygiène publique. Il sait soigner. Il connaît les questions d'hospitalisation. Le profane risque des hypothèses. Nous désirons le concours du profane. Nous avons besoin de lui. Nous avons besoin de lui pour entraîner la masse, pour représenter la population et faire connaître son opinion, ses idées. Mais lui remettre le contrôle serait lui donner le moyen de réduire les techniciens à la soumission. On a dit ce matin que certaines régions rurales du Canada sont plus mal desservies que celles de la Russie, au point de vue médical. Je prétends que les agglomérations rurales en Russie sont presque dépourvues de médecins.

M. FULFORD: C'est vrai. J'y suis allé.

Le Dr HEAGERTY: Je prétends que ce que l'on a dit au sujet de la Russie n'est pas vrai. La Russie compte cent soixante millions d'habitants, qui parlent deux cents langues différentes. Il y a autant de différence liguistique entre l'extrême est et l'extrême ouest de la Russie qu'entre le Canada et la Chine.

Le système médical de la Russie n'est même pas comparable à notre système actuel. D'où vient le matériel de guerre utilisé en Russie? Des Etats-Unis. D'où vienent les idées courantes en Russie, en matière médicale? Du Canada et des Etats-Unis. Nous guidons le monde dans ce domaine. Toutes les suggestions qui ont été présentées ce matin au sujet de ce problème de l'hygiène publique et des soins médicaux se trouvent dans le rapport du comité consultatif sur l'assurance-maladie. Nous avons, après soigneuse considération, élaboré tout le plan qui a été suggéré ici. 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.

Vous avez fait allusion à certaines de mes remarques au sujet des services à fournir aux régions rurales. J'ai dit qu'il ne serait pas possible de procurer aux régions rurales, dès le début, les mêmes services qu'aux villes. Vous savez bien qu'il faudra des années pour procurer aux campagnes les avantages dont les villes bénéficient. Cela ne signifie point que la santé de la population rurale sera négligée. Nullement. Nous ne pouvons pas nous mettre à construire de grands centres d'hygiène, de grands hôpitaux, à envoyer une masse de médecins, dans les campagnes. Le plan n'est pas du tout un plan. C'est un ensemble d'excellentes suggestions, toutes familières aux médecins, toutes étudiées, déjà, par les médecins. Je vous engage, si vous vous réunissez de nouveau, à discuter les recommandations qui ont été faites par le comité consultatif, plutôt que celles de la *Canadian Medical Association* ou de tout autre groupe. A titre de membres du comité, nous avons exercé notre propre intelligence, notre propre jugement. Nous avons fait comme ce comité spécial. Nous avons provoqué le témoignage des gens qui avaient des renseignements à nous fournir.

Je m'excuse d'être si long, monsieur le président.

Le VICE-PRÉSIDENT: Merci, docteur Heagerty.

M. CLEAVER: Monsieur le président, je voudrais poser deux questions, ou plutôt une série de questions sur deux sujets, à M. Hannam.

M. HANNAM: Monsieur le président, pourrais-je relever les observations du docteur Heagerty, avant que nous abordions un autre sujet?

Le VICE-PRÉSIDENT: Oui.

M. HANNAM: Je ne sais pas pourquoi le docteur Heagerty nous fait une conférence sur la Russie. Je crois que la seule allusion à la Russie contenue dans mon mémoire de ce matin était une citation du "Radio Forum" d'une localité. Dans ces conditions, tout ce que le docteur Heagerty a dit de la Russie était hors de sujet.

Le Dr HEAGERTY: Pardon. Vous avez présenté au Comité "La Santé en marche".

M. HANNAM: Oui.

Le Dr HEAGERTY: Brochure dans laquelle vous citez beaucoup l'exemple de la Russie.

M. HANNAM: C'est exact.

Le Dr HEAGERTY: Je crois que ce texte peut être considéré comme faisant partie de votre mémoire.

M. HANNAM: Parfaitement.

Le Dr HEAGERTY: Je suis donc tout à fait dans mon droit.

M. HANNAM: J'avais compris que vous parliez d'une allusion faite ce matin.

Le Dr HEAGERTY: L'allusion a été faite ce matin.

M. HANNAM: Alors, c'est bien.

L'autre point est celui-ci. Notre comité ne cherche pas à placer les médecins, les dentistes et les infirmières dans une position subordonnée. Nous ne désirons pas cela. Nous demandons une représentation équitable de tous les groupes. Nous savons bien que nous aurons l'emploi de toutes leurs spécialités. Nous sommes entièrement de cet avis. Nous savons que nous ne pouvons pas nous en passer. Mais, ce faisant, nous voulons que le plan soit administré dans l'intérêt de tous; et ce résultat ne peut s'espérer et se conserver si le contrôle est entièrement remis au groupe qui fournit les services. Tel est mon argument.

Le VICE-PRÉSIDENT: Merci, monsieur Hannam.

M. CLEAVER: Avant de poser des questions, je veux dire combien j'ai apprécié la contribution apportée à nos travaux, à la solution de notre problème, par M. Hannam et la Fédération d'Agriculture, et féliciter M. Hannam pour la manière dont il a présenté le point de vue de l'Ontario rural. Nous visons tous au même but, et les questions que je poserai n'impliquent aucune critique, mais une honnête tentative pour clarifier deux des questions soulevées. Je comprends, monsieur Hannam, que vos principales objections au projet de loi, dans sa forme actuelle, sont les suivantes. Premièrement, vous vous opposez au plafond des revenus, au-dessus duquel un individu n'aurait pas droit aux services d'hygiène. Deuxièmement, vous ne voulez pas que les frais des services d'hygiène soient prélevés sur les individus ou sur le peuple par voie d'impôts directs.

M. HANNAM: De contributions directes.

M. CLEAVER: Non, d'impôts directs. Les contributions, d'après la loi, seraient un prélèvement obligatoire.

M. HANNAM: Oui, c'est exact.

M. CLEAVER: Je vais prendre ces deux questions séparément, en commençant par le plafond du revenu. Vous savez, je suppose, que l'Acte de l'Amérique britannique du Nord ne confère pas au Gouvernement fédéral le pouvoir de promulguer une législation obligatoire, et qu'il restreint son intervention à l'octroi de subventions, à des contributions financières. De même qu'en matière de pensions de vieillesse, nous pouvions rendre les pensions possibles en donnant des subventions fédérales, mais nous ne pouvions imposer directement les pensions de viellesse. Cela étant, n'envisagez-vous pas la possibilité que certaines législatures provinciales n'aient pas la même opinion que vous et moi au sujet de l'assurance-maladie, et ne soient pas disposées à participer immédiatement à un plan complet, mettant les services à la disposition de tous? N'admettez-vous pas que ce cas peut se présenter?

M. HANNAM: Je ne crois pas que les choses se passeraient comme cela en pratique.

M. CLEAVER: Pour ce qui est des pensions de vieillesse, je me rappelle fort bien que des provinces n'y ont participé qu'après plusieurs années.

M. MACINNIS: A l'ordre, monsieur le président. Je crois que M. Cleaver devrait se contenter de poser ses questions et laisser le témoin répondre au lieu de discuter avec lui.

M. CLEAVER: C'est une discussion amicale; je sais que M. Hannam est en mesure de se défendre et que de plus il ne sera pas troublé par mes interruptions.

M. JOHNSTON: Mais vous êtes avocat.

M. CLEAVER: Sachant cela, monsieur Hannam, ne croyez-vous pas que nous devrions aller aussi loin que possible maintenant et permettre aux provinces qui veulent un système comprenant tout, d'avoir le pouvoir de le faire; quant aux autres qui ne veulent faire qu'une partie du chemin, il vaudrait mieux le leur permettre plutôt que de les exclure entièrement?

M. HANNAM: Monsieur le président, je puis dire que les provinces ne sont pas forcées de participer à notre plan. C'est un plan national. Le trésor national paiera les dépenses. Si nous établissons ce plan, le Parlement du Canada l'adoptera; le Parlement du Canada est le représentant de toutes les provinces et le peuple y est représenté. Ce plan est national et il est accessible à toutes les provinces. Si une province préfère ne pas y participer, c'est son affaire.

M. DONNELLY: Il n'en coûte rien aux provinces.

M. CLEAVER: C'est exactement mon point. Les dispositions de la présente loi, du moins celles que j'ai lues sur le plafonnement, sont facultatives et non obligatoires. Toute province qui désire établir un plafond ou toute province qui dirait "nous n'y participerons pas à moins que nous puissions imposer un plafond", devrait avoir la permission de le faire. C'est tout à fait facultatif.

M. HANNAM: Nous ne voulons pas que cela soit facultatif.

M. CLEAVER: Très bien. Vous ne voulez pas que cela soit facultatif. Je ne veux pas que cela soit facultatif. Mais s'il arrive qu'une province veuille que cela soit facultatif, qu'allons-nous faire? Sommes-nous pour exclure cette province entièrement parce qu'elle n'est pas d'accord avec vous ni avec moi?

M. HANNAM: Nous offrons une proposition, un plan pour un système d'assurance-maladie. A notre avis, ses avantages sont si nombreux qu'il devrait être établi de façon à englober tous les Canadiens; les quelques désavantages qu'il pourrait avoir seraient pour ainsi dire rendus sans effet par l'ensemble du plan.

M. CLEAVER: Je vais accepter votre réponse, mais je vous demanderais d'y penser de nouveau. Puis il y a l'autre objection. Mais avant d'abandonner cette question de plafond, il y a cependant autre chose. Le cultivateur, naturellement, n'aurait pas le droit de participer à ce plan à cause du plafond que vous mentionnez et alors l'agriculture ne serait pas intéressée à cette objection à la loi. N'est-ce pas vrai?

M. HANNAM: Je ne le sais pas.

M. CLEAVER: Très bien. Vous ne le savez pas. Je ne sais qui serait en mesure de le savoir mieux que vous. Tout de même, nous allons passer outre. Quant à l'autre objection que vous avez contre la loi dans sa forme actuelle, si je comprends bien, c'est celle-ci: vous croyez qu'au moyen d'une taxe indirecte —c'est-à-dire une taxe ne se rapportant pas directement à la santé—le Gouvernement devrait prélever les fonds et acquitter le coût des services de santé. Est-ce exact?

M. HANNAM: C'est exact.

M. CLEAVER: Afin d'élucider le point, je vais décomposer le coût des services de santé. Vous avez naturellement entendu dire que l'on s'attend à ce que les services de santé projetés en vertu de la loi ne coûtent pas plus que $30 par année, par personne. Est-ce exact?

M. HANNAM: Ce n'est pas le montant que j'ai, mais je ne le sais pas.

M. CLEAVER: Peu importe le montant alors, puisqu'il n'est pas exact.

Le Dr HEAGERTY: Un montant a été provisoirement fixé à $26.

M. CLEAVER: Oui. Le montant provisoire est de $26. On propose alors que les gouvernements fédéral et provinciaux paient environ la moitié de cette somme, qui serait alors réduite à $13 par année par personne. N'est-ce pas exact?

Quelques DÉPUTÉS: Oh! non.

M. CLEAVER: Très bien. Supposons que la somme entière de $26 doive être versée par la personne intéressée. Selon la loi, il est proposé que la contribution de $26 ne soit pas facultative mais qu'elle soit obligatoirement imposée à l'individu pour que, selon le plan d'assurance-maladie, chaque citoyen du Canada bénéficie des services de santé. Ces services ne seront refusés à personne. Une taxe obligatoire sera imposée afin que tous puissent en bénéficier. Très bien. Etant donné ce qui précède, veuillez donc dire au Comité pourquoi une taxe directe ne devrait pas être imposée sur les individus qui bénéficient du plan? Est-ce parce qu'ils sont incapables de payer? Quelle en serait la raison?

M. HANNAM: Monsieur le président, je crois avoir couvert entièrement ce point dans la présentation de mon mémoire. C'est à cause des inégalités de traitement, des difficultés de perception, des commissions d'appel et que sais-je qui auront à décider, et aussi parce que en dépit de tout, ce fardeau tombera injustement sur certaines familles. Lorsque vous dites $26, cela veut dire, à mon sens, $26 pour chaque adulte de plus de 18 ans.

Le Dr HEAGERTY: Seize ans.

M. HANNAM: Alors prenons comme exemple une famille composée du père, de la mère et de trois enfants. Dans les centres ruraux, cela représente un budget considérable. Le versement de la cotisation n'est pas impossible pour plusieurs, mais c'est chose impossible pour un nombre considérable. Nous nous opposons à la mesure à cause des complications, des difficultés, des inégalités de traitement qui surgiraient et aussi des dépenses occasionnées par la perception de la cotisation.

M. CLEAVER: Si je comprends bien, votre point est le suivant: vous vous inquiétez surtout des frais d'administration relatifs à la perception de l'argent. Est-ce bien cela?

M. HANNAM: Pas entièrement, mais en très grande partie.

Le VICE-PRÉSIDENT: Permettriez-vous une autre question? Je crois que M. MacInnis en a une.

M. MACINNIS: Monsieur le président, je ne crois pas que nous puissions entrer dans les détails. Nous avons d'autres délégations qui attendent leur tour pour se faire entendre à propos de ce projet de loi. Je tiens à signaler qu'une délégation est ici même. Je m'objecte à un point soulevé, à une expression employée par le docteur Heagerty. Il a dit qu'il n'était pas possible de laisser le contrôle à des profanes vu qu'ils goberaient toutes les suggestions qui leur seraient faites. Nous sommes tous plus ou moins profanes. Un homme qui n'est pas profane en matière médicale est certainement profane dans une autre chose. Je m'objecte à ce qu'on me dise que je suis un profane et que j'ai une tendance à tout gober. Avant que les médecins en aient fini avec ce projet de loi, ils s'apercevront que nous ne sommes pas crédules à ce point.

M. FULFORD: S'il fallait s'arrêter à la conclusion logique, cela voudrait dire qu'un profane n'aurait pas le droit d'être président du conseil des gouverneurs d'un hôpital. Il y a un autre point sur lequel je voudrais insister, mais je ne

voudrais pas prendre trop de votre temps. Je crois que l'une des raisons pour lesquelles les médecins hésitent à s'établir dans des centres ruraux, c'est qu'ils ne jouissent pas des privilèges et droits dans un hôpital. Je connais des jeunes médecins qui ont tenté de s'établir dans de petits villages peu éloignés de grands centres où se trouvent des hôpitaux. L'association médicale locale ne leur permet pas de pratiquer des opérations chirurgicales et ils doivent remettre leur patients entre les mains d'un médecin reconnu par l'association médicale locale. Ces jeunes docteurs seront faits médecins adjoints, mais un médecin adjoint, règle générale, ne jouit pas de tous les privilèges de l'hôpital. Je connais des jeunes médecins qui ont dû quitter des centres ruraux pour s'établir dans des villes afin de ne pas être considérés comme des médecins adjoints. Le docteur McGarry nous l'a révélé en nous parlant de sa pratique médicale en Nouvelle-Ecosse. Ce point est bien élucidé. La réponse que l'on donne est qu'on ne peut pas permettre à ces médecins de faire un tel travail parce qu'ils manquent de compétence, d'expérience pratique. Comment peuvent-ils acquérir de l'expérience dans la pratique s'ils n'ont pas la permission de jouir de ces privilèges. En ce qui concerne les médecins, je crois que le docteur Allan Dafoe, le petit praticien de campagne, incarne le véritable esprit du médecin de campagne. On sait fort bien que personne n'aurait pu faire un plus beau, ni un meilleur travail que le docteur Dafoe lorsqu'il a présidé à la naissance des cinq jumelles qui sont bien portantes. C'est un hasard que cinq jumelles soient nées, mais ce n'est pas dû au hasard si elles ont vécu et je crois que le médecin de campagne mérite d'en avoir le crédit.

Le VICE-PRÉSIDENT: Je remercie la Fédération canadienne d'agriculture pour la présentation de son rapport ainsi que messieurs Hannam et Martin pour leurs témoignages qui ont été appréciés. Je tiens à remercier également leurs collègues.

Nous devons également entendre, ce matin, le mémoire de l'*Anti-Vaccination and Medical Liberty League of Canada*. M. Farmer présentera le mémoire au nom de la ligue. Monsieur Farmer, voulez-vous approcher?

M. A. B. FARMER, de l'*Anti-Vaccination and Medical Liberty League of Canada*, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, je commençais à m'inquiéter car mon collègue et moi avons abandonné nos activités professionnelles pour venir ici aujourd'hui, comptant que vous auriez pu nous accorder deux heures. Je vais être obligé de procéder en vitesse pour lire ce mémoire même sans commentaire, avant l'ajournement qui est à une heure, je crois.

Je vous saurais gré de bien vouloir être tolérants car je suis certain que notre historien bien connu, qui se trouve à ma gauche, tiendra à donner des explications sur certains faits mentionnés dans le mémoire.

D. Avez-vous des exemplaires de ce mémoire?—R. J'ai un certain nombre d'exemplaires mais je crains bien de ne pas en avoir suffisamment pour tous. Nous avons eu très peu de temps à notre disposition, et j'ai dû diviser en sections notre mémoire d'ailleurs court, et d'en assembler 25 exemplaires afin de pouvoir prendre le train hier après-midi. En conséquence vous y remarquerez des erreurs.

Pour me présenter en peu de mots, je puis vous dire que plusieurs ont connu mon père, le doyen de l'université McMaster. Mon intérêt dans cette question résulte d'une enquête faite de porte en porte, sur la question du logement, à Toronto, en 1904. Avant cette date je ne m'opposais pas à la vaccination ou à ce qu'on appelle la médecine préventive.

L'*Anti-Vaccination and Medical Liberty League of Canada* a été organisée en 1900 et elle obtint une charte du gouvernement fédéral en 1927. Le but de la ligue est de présenter, de défendre et de faviroser le point de vue du public qui insiste pour la reconnaissance de son droit:

1. De se procurer le genre de traitement qu'il juge lui convenir, quelle que soit l'attitude de tout groupe professionnel ou autoritaire, si influent soit-il;
2. De se procurer pour lui-même les services de santé de personnes en qui il a confiance, peu importe l'approbation ou la désapprobation de tout bureau gouvernemental;
3. De refuser de payer ou de contribuer au paiement des frais de traitements qu'il croit préjudiciables;
4. De refuser pour lui-même et pour ceux dont il a la charge les méthodes de traitement qu'il juge préjudiciables.

En un mot, la Ligue existe pour défendre et revendiquer, en matière de santé et du soin du corps les droits pour lesquels quelques-uns de nos pères ont lutté dans le domaine spirituel.

En conformité de son but, la Ligue doit diriger son attention sur certaines propositions qui ont été habilement présentées et vigoureusement défendues devant le comité spécial de la Sécurité sociale, et qui, si elles étaient adoptées, deviendraient, à notre avis, grandement préjudiciables à la santé, la sécurité et à la liberté du peuple canadien.

La santé est une condition normale, le résultat naturel d'une saine alimentation et d'une bonne vie.

La seule véritable assurance-maladie réside dans une bonne vie dans un milieu sain. Une bonne vie nécessite l'enseignement, le progrès et la diffusion des connaissances de tout ce qui contribue à la santé. Bien que nous espérons de bons résultats de la campagne d'alimentation du gouvernement, nous croyons que de meilleurs résultats seront obtenus en accordant une plus grande liberté de discussion en matière de santé. De nos jours, une seule doctrine peut se faire entendre à la radio. Le contrôle par l'autorité dans tous les domaines de la science, est appelé à arrêter le progrès. Il aurait été déplorable que les progrès de l'instruction du public en matière d'alimentation eussent été arrêtés avant la découverte de la première des vitamines. J'ai lu un document médical vieux de sept ans d'après lequel nous savons maintenant tout ce qu'il est nécessaire de connaître en matière d'alimentation.

L'établissement de milieux sains exige l'hygiène publique et la sécurité économique.

Pour obtenir le maximum de succès en matière de milieux sains, nous avons longtemps prêché que les services d'hygiène publics ne devraient pas avoir à leur tête des médecins, des spécialistes en maladie, mais bien des ingénieurs sanitaires.

Les progrès obtenus contre la typhoïde sont dus au génie sanitaire et les gains obtenus sur la tuberculose proviennent en grande partie du génie sanitaire et d'une vie saine.

La sécurité économique exige qu'il y ait suffisamment de travail dans des conditions saines, des salaires assez élevés en proportion du prix des choses en vue de fournir une marge suffisante pour les économies et les loisirs.

Tout projet d'assurance destiné à couvrir les frais de maladie deviendra une faillite au cours d'une longue période de prix élevés, de faibles salaires et de chômage. Toute taxe ayant pour effet de hausser les prix, doit inévitablement réduire la consommation et le travail.

Nous suggérons qu'avant de se lancer dans un projet nécessitant le prélèvement, au moyen d'une taxe, d'une partie quelconque de la somme de $200 millions, le gouvernement devrait d'abord, pourvu que l'inflation ou quelque

autre forme de répudiation de dettes n'en soit pas le résultat, résoudre le problème que pose l'obtention de l'énorme revenu qu'il a déjà engagé de façon qu'au lieu d'augmenter les frais, réduire la consommation, une telle solution ait pour effet de hâter la mise en valeur des ressources naturelles du pays. Il s'ensuivrait l'accroissement et la stabilisation des emplois à rémunération élevée l'augmentation de la production et la diminution du coût de la vie.

Nous constatons déjà les excellents progrès accomplis par l'entreprise privée qui assure les souscripteurs contre les difficultés inhérentes à la maladie, à un prix soutenant avantageusement la comparaison avec tous ce qui est suggéré comme possible à l'égard d'un projet d'état. Je soumets que si les conditions sont favorables, l'entreprise privée sera bientôt à la hauteur de la situation et cela sans donner lieu aux sérieuses difficultés qui ne manqueraient pas d'accompagner le recours aux différentes suggestions qui ont été faites devant ce Comité.

Le sacrifice de son libre arbitre relativement aux questions de santé est un prix trop élevé à payer pour une promesse quelconque de sécurité financière en matière de maladie.

Si la Chambre des communes est d'avis—bien que d'après les enquêtes Gallup, l'enthousiasme du public semble se refroidir—que l'opinion publique exige l'adoption de projets comme celui que le ministre de la Santé a esquissé devant ce Comité, et qui a été si énergiquement appuyé par les délégations représentant, divers groupes qui comptent, espèrent ou désirent émarger à ce budget de 200 millions de dollars dont il a été si souvent question, il faut alors observer les quatre conditions que voici:

1. Les impôts relatifs au projet ne doivent pas être de nature à augmenter les prix ni à réduire les salaires ni l'emploi.

2. Le président de tout conseil ou commission chargé de l'application de la loi devrait être un profane étranger à tout groupe qui bénéficie de la loi.

A une assemblée de la Fédération de l'agriculture, j'ai appris que tous les membres, à l'exception de deux, s'étaient bien trouvés de leurs relations avec les praticiens non médicaux.

3. Tout citoyen, qui a besoin de traitement ou d'hospitalisation, doit avoir le droit de choisir le praticien, médical ou non, par qui il désire se faire traiter, soit à domicile soit dans un hôpital subventionné en vertu de la loi.

4. La médecine préventive sous le régime de la loi doit être clairement restreinte aux mesures sanitaires et hygiéniques et à l'éducation et ne doit pas comprendre les opérations, les médicaments, les vaccins ou sérums.

1. REVENU

Si les fonds nécessaires au projet d'assurance et de sécurité doivent être obtenus de la même manière qu'on a obtenu des fonds dans le passé, nous craignons que la réduction dans l'emploi et les salaires que cela entraînera ne fasse plus de mal que le plan ne fera de bien.

A Croyden, le gouvernement construisit des maisons que les gens durent accepter à un taux de loyer un peu plus élevé, ce qui amena une augmentation dans le taux de mortalité. Les gens avaient besoin de ces quelques shillings pour se procurer des vivres plutôt qu'un meilleur logement.

Il y a lieu de faire une étude approfondie de l'incidence de l'impôt. Les députés feraient bien d'étudier le mémoire, hautement loué par M. N. W. Rowell, et préparé par la *Henry George Society* pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces. Il convient d'étudier et de développer la

suggestion faite par l'hon. Ian Mackenzie à l'effet que, relativement à tout impôt prélevé à cet égard sur le revenu de tout propriétaire de biens inutilisés ou improductifs, le revenu soit évalué tout comme si ces biens rapportaient de fait un revenu proportionné à leur valeur.

2. ADMINISTRATION

Le fait de confier le contrôle des dépenses gouvernementales à un groupe quelconque, ou à des personnes nommées ou influencées par un groupe qui bénéficie de l'argent déboursé, constitue une politique dangereuse.

Dans les circonstances imprévues et urgentes, et il est à espérer, brèves, de la guerre, le gouvernement peut être justifié de confier le contrôle de différentes branches de l'industrie et du commerce à des hommes qui ont longtemps eu des intérêts privés dans ces domaines. Or, même dans ce cas, reste à savoir avec quel succès leurs adversaires sont susceptibles de tirer parti, à la prochaine élection, du mécontentement engendré par une telle politique.

Je parle en qualité d'ex-candidat libéral officiel en Ontario.

Relativement à un plan aussi radical que celui qui a été proposé pour le contrôle de la santé de la nation, il serait imprudent de confier son administration à des personnes qui s'identifient directement avec une section ou un groupe, dans les professions ou services intéressés, et pour des gens avec une tradition de liberté et d'honnêteté publique, ce serait intolérable.

3. LIBERTÉ DE CHOIX

Les heureux mortels qui ont été dotés d'un corps sain et qui dans leur jeunesse ont contracté des habitudes tellement salutaires qu'ils n'ont pas eu occasion d'étudier, de comparer ou critiquer les méthodes curatives, prennent souvent pour acquis que tous les médecins licenciés par l'état sont semblables et que tout individu qui prend sur lui de soigner les malades sans avoir une telle licence est un imposteur.

La tension physique et mentale de la vie politique est si grande qu'une forte proportion des membres de toute assemblée législative est susceptible d'appartenir à cette classe.

Je parle par expérience.

Il n'y a pas lieu de s'étonner si les noms mêmes de certains systèmes de guérison ou de traitement de la maladie leur sont inconnus. Le seul groupe qui leur soit bien connu est naturellement celui qui a été le plus actif en vue d'affermir, au moyen de la loi, son prestige et son autorité.

Comme l'homme recherche le confort avec un minimum d'effort, les praticiens qui font disparaître le malaise sans gêner les habitudes acquises de penser et de vivre et qui prétendent sauvegarder la santé sans subjugation de soi-même, ont toujours été les plus nombreux et les plus prospères, particulièrement là où la richesse est concentrée. Etant donné que certains patients sont destinés à mourir quand même et que les parents peuvent être portés à blâmer le médecin, ces praticiens ont infailliblement tenté de s'assurer une protection légale. La protection légale comporte la reconnaissance légale. La reconnaissance et la définition légales ont leur place, mais que l'on se serve de la loi pour éliminer la concurrence, que l'on fasse un délit du devoir de venir en aide à ceux que l'on peut secourir, c'est aller trop loin.

Ce qui suit est une liste partielle des groupes qui se livrent au soin des malades:

1. Les mères de famille. C'est le plus important groupe de tous.
2. Infirmières praticiennes. Ce groupe occupe la deuxième place en importance.
3. Infirmières diplômées.

4. Sages-femmes. Il ne semble pas y en avoir dans notre pays. Les médecins semblent croire qu'ils doivent consacrer leur temps aux accouchements. Toutefois, les statistiques ne font pas voir cette pratique sous un bien bon jour et le public ne la prise pas beaucoup.
5. Instructeurs sur les méthodes à employer à domicile.
6. Herboristes. Dans tous les pays, les herboristes ont la confiance d'un grand nombre de personnes.
7. Hydrothérapistes.
8. Diététiciens.
9. Instructeurs en culture physique.
10. Masseurs.
11. Guérisseurs par le magnétisme.
12. "Acétologistes". Vous n'en avez peut-être jamais entendu parler, mais il y en a dans tout le pays.
13. Rebouteurs.
14. Guérisseurs au moyen de la mécanothérapie.
15. Ostéopathes.
16. Chiropraticiens.
17. Naturopathes.
18. Guérisseurs au moyen de la prière et de la suggestion.
19. Pédicures.
20. Dentistes.
21. Opticiens.
22. Praticiens en optométrie.
23. Oculistes.
24. Homéopathes.
25. Praticiens dit "éclectiques".
26. Praticiens autoritaires ou "réguliers".

Les praticiens médicaux autoritaires ou "réguliers" sont les tenants de la centralisation de l'autorité et du contrôle, avec plein pouvoir de décréter les doctrines et pratiques médicales. Au cours du siècle actuel, leur contrôle centralisé des facilités d'éducation et des organismes du gouvernement, ainsi que des professions connexes et des hôpitaux s'est accru rapidement. Certains homéopathes, dont le nombre va diminuant, sont autorisés à pratiquer leur art; ils sont très considérés et très occupés. Les collèges "éclectiques" ont été presque entièrement supprimés, et bien que maints médecins pratiquants soient au fond des "éclectiques", on leur enseigne à ne pas critiquer l'autorité.

CONTRÔLE AUTORITAIRE

Les hommes à l'esprit autoritaire ont toujours cherché à augmenter leur autorité par la crainte. Les épidémies sont toujours mises sur le compte du voisin. Dans l'ancien temps, ils enseignaient que les maladies étaient causées par des esprits invisibles qui devaient être chassés par le bruit, les incantations et les postures dégoûtantes. Plus tard la maladie fut attribuée aux humeurs et aux miasmes. Pasteur introduisit l'ère du microbe invisible, et plus récemment on nous a présenté le virus ultra-microscopique, dans la pénombre incertaine entre l'organisme et la molécule. Chacune de ces théories a servi à des campagnes de peur et de promesses de soulagement et de protection avec un minimum de gêne quant aux habitudes acquises, aux sottises et à la léthargie mentale établies.

On peut s'attendre à ce que les débiles intellectuels qui s'imaginent que la semence seule suffira à leur assurer une récolte dans leur jardin "de la victoire", sans s'occuper ni du sol, ni de la culture, ni de la température, croient que des microbes ou virus spécifiques engendreront des maladies, quelles que soient leurs conditions physiques ou les habitudes de vie.

Les gens à l'esprit autoritaire aiment la discipline militaire et la contrainte. Ils se sont empressés d'obtenir le contrôle des services de la santé de l'armée et d'en exclure tous les autres praticiens. Les résultats n'ont pas été brillants. Nous voyons une succession continuelle d'hommes qui, classés tout d'abord comme aptes au service, sont bientôt réformés. Les données publiées font voir qu'environ cent mille soldats, soit un sur six ou sept, ont été réformés.

J'en ai rencontré un l'autre jour. Après avoir été inoculé, il prit la rougeole et la scarlatine et fut réformé de l'armée.

M. Donnelly:

D. Est-ce que cela était dû à l'inoculation?—R. Apparemment.

D. Etait-ce bien dû à cela?—R. Quand la même chose se répète indéfiniment, cela donne l'éveil aux soupçons.

D. Il se peut qu'il ait contracté ces maladies de quelqu'un sur la rue.—R. Durant la dernière guerre, et la guerre actuelle, les soldats enrôlés dans les armées américaine et canadienne ont en moyenne joui de conditions de vie plus salutaires et se sont livrés à des activités plus favorables à la santé qu'il ne leur eût été possible dans la vie civile, sauf sous le rapport de l'inoculation. En 1918, nous avons obtenu des chiffres de Washington et avons été scandalisés d'apprendre que le taux de la mortalité dans l'armée, au pays et non pas outre-mer, était plus du double de celui des compagnies d'assurance relativement au groupe des civils du même âge. La différence entre 5 et 11 ou 12 par 1,000 par année équivaut à 6,000 par année pour notre armée. Songez-y. Nos soldats auraient dû être en meilleure santé avant d'entrer en service actif.

Cela représente, pour mille soldats chaque année, six ou sept décès dus à quelque chose de malsain dans l'armée, auquel ils n'auraient pas été exposés dans la vie civile. La cause en est probablement dans la série des vaccinations, des injections et des inoculations qui, d'après les constatations, rendent malades un grand nombre de soldats durant un ou plusieurs jours.

Les *U.S. Public Health Reports,* livraison du 17 avril 1936, rapportent que, sur 1,209 sujets vaccinés qui ont fait l'objet d'une enquête, 6 p. 100 avaient dû s'absenter de leur travail habituel et 4.2 p. 100 avaient dû s'aliter un ou plusieurs jours.

Ces renseignements sont officiels.

Les rapports indiquent que certaines autres inoculations données aux soldats sont plus accablantes que la vaccination.

L'affluence des médecins autoritaires dans l'armée et par suite leur nombre insuffisant dans le civil et le renvoi de milliers de recrues complètement inoculées, tout cela porte le public à s'adresser aux groupes non autoritaires dans des proportions difficiles à deviner mais que les politiciens pratiques feront bien d'observer.

MÉDECINS ASSERVIS

Le groupe autorisé a obtenu des avantages très importants: le privilège exclusif de signer des certificats de naissance, des certificats de décès et de traiter les maladies contagieuses. Ces privilèges limitent les droits des autres.

Le policier qui met une menotte au poignet d'un prisonnier confié à sa garde attache souvent l'autre à son propre poignet.

Celui qui appartient à un groupe autoritaire hautement privilégié compromet dans une certaine mesure sa propre liberté.

Dans un endroit isolé, un médecin eut à faire face à une épidémie de typhoïde. Il n'avait pas le matériel ni les installations nécessaires pour un traitement médical régulier. Il fut obligé de donner un traitement plus simple. Au bout de

trois semaines, tous ses malades étaient guéris. Plus tard, il constata que s'il donnait ce traitement simplifié mais heureux et si quelque contretemps se produisait, il serait accusé de pratique illégitime.

M. McCann:

D. Où était-ce?—R. Voulez-vous que je nomme l'intéressé? Il fut médecin hygiéniste dans une ville de l'Ontario pendant des années.

D. Nommez-le.—R. Je ne sais si je le puis. Je ne lui ai pas demandé la permission de dévoiler son nom. C'est maintenant un vieillard d'au moins quatre-vingt-cinq ans, mais il faisait autorité et il exprima il y a une trentaine d'années l'opinion que tout homme qui croyait pouvoir aider les malades devrait avoir le droit d'ignorer les diplômes et de se mettre à l'œuvre.

Récemment, à Vancouver, le Conseil des médecins autoritaires empêcha le docteur Everley Eldon Rogers de pratiquer parce qu'il avait traité un diabétique au moyen d'un régime au lieu d'employer l'insuline. Le juge Coady, de la Cour Suprême, prétendit que la cause pivotait sur la question de savoir si un médecin devait être privé du droit de pratiquer pour avoir employé un traitement qui lui paraissait supérieur aux méthodes reconnues. Il ordonna que le nom du docteur Rogers fut rétabli dans le registre.

4. La médecine préventive doit être limitée

Depuis quelque temps, on donne deux interprétations contradictoires à l'expression "médecine préventive".

D'après les uns, ce sont les mesures d'hygiène et de désinfection. Le principe est bon, bien qu'on puisse trouver à redire à certains détails.

D'après les autres, c'est la prétendue prévention par l'introduction dans l'organisme de produits de la maladie. On discute vivement depuis deux cents ans la valeur de cette interprétation. Il y a eu des émeutes, des amendes, des emprisonnements, des ventes de meubles et des effusions de sang.

Si l'on doit appliquer un plan d'assurance sous le contrôle du groupe médical autoritaire en lui permettant de donner cette interprétation à l'expression "médecine préventive", nous craignons d'assister à une répétition des émeutes, des amendes, des ventes de meubles, des emprisonnements, et des effusion de sang. Je ne badine pas.

Cette interprétation fortement contestée de la médecine préventive résulte de la pratique d'inoculer du sérum de petite vérole d'après la théorie que la maladie inoculée sera plus bénigne que la maladie acquise autrement et aussi d'après la supposition qu'une personne qui a déjà eu la maladie en sera exempte dans la suite.

Cette pratique fut populaire pendant un siècle, auprès de la profession médicale régulière. Dans le bulletin nº 32 de la Série "National Health", bulletin intitulé "Petite vérole et Vaccination", le docteur Heagerty nous parle de la vaccination gratuite dans le Québec vers 1768 et de la manière dont elle s'était développée. Il indique aussi ce qui indigna le bon sens du public contre la vaccination. Parfois, une inoculation de pus provenant d'un sujet peu malade causait la mort. Naturellement. La gravité d'une maladie dépend de l'état du malade. Les vivants prennent des maladies. Les cadavres n'en prennent pas. C'est le processus vital de l'organisme qui réagit contre quelque chose qui va mal en dedans.

Lorsqu'il dit que "malgré" l'inoculation l'épidémie ravageait le pays, il devrait dire "à cause de". Car la maladie inoculée est aussi infectieuse qu'une autre.

La quantité de matière infectante introduite comme pus dans une abrasion est beaucoup plus considérable que la quantité qu'on pourrait absorber dans tout contact normal.

Les cas sont nombreux de personnes qui ont pris la petite vérole une deuxième fois. La croyance qu'une attaque immunise est due à l'ignorance des probabilités.

Le rapport officiel du médecin hygiéniste de Leicester concernant l'épidémie qui se produisit à cet endroit en 1903 montre que dans cette ville où personne n'était vacciné il n'y eut qu'un seul cas de maladie pour cent contacts habituels. Cela veut dire que la probabilité de contracter la maladie une seconde fois est dans la proportion d'un à dix mille.

Le rapport de Leicester fait remarquer, entre autres choses,—si j'avais beaucoup de temps, j'ai le rapport ici—le cas d'unue jeune fille qui passa trois heures dans la salle des malades de l'extérieur tandis qu'elle avait une éruption de petite vérole. Il y avait une centaine d'autres malades dans la même chambre, presque tous des jeunes qui n'avaient pas été vaccinés et qui étaient nés depuis 1885. La seule personne qui contracta la maladie était une femme qui avait été vaccinée et qui était assise près d'elle. Ce renseignement est officiel.

L'opposition du peuple à l'inoculation encouragea les médecins à recourir à la vaccination, qui fut appliquée obligatoirement par des lois énergiques. En Angleterre on atténua cette obligation d'abord en 1898 puis en 1908.

1871 à 1880 plus de 85 p. 100 des enfants nés en Angleterre étaient vaccinés et le taux des décès par la petite vérole fut de 288 par million de sujet. De 1931 à 1940, la proportion des vaccinés n'était que de 36 p. 100 et le taux des décès par la petite vérole fut de 4 par 100 millions au lieu de 288 par million. Plus les gens négligent la vaccination mais se tiennent propre, moins il y a de petite vérole.

BONS VOISINAGES

Dans la brochure publiée par le ministère fédéral de la Santé portant le n° 32 de la série National Health, certaines affirmations exigent une explication. Nous en prendrons quelques-unes.

A la page 16 on attribue l'épidémie de Windsor à la négligence de la vaccination dans le Michigan et l'on dit que "dans cet Etat la petite vérole est très fréquente". On cite des chiffres concernant les cas de petite vérole à Détroit en 1920 et 1921. J'ai ici les chiffres que nous venons de recevoir du Service de la Santé de Détroit, chiffres qui se rapportent aux vingt et une dernières années. On ignore le fait que pendant dix-neuf des vingt et une années écoulées depuis 1921 il n'y a eu à Détroit aucun décès résultant de la petite vérole.

Nous trouvons à la page 18 qu'il y a eu 67 cas à Windsor avec 32 décès en 1924. Cet effroyable taux de mortalité exige des explications. A Détroit, la même année, il y a eu 163 décès sur 1,610 cas. C'est beaucoup, attendu que dans dix-neuf des vingt et une dernières années, Détroit a eu 567 cas sans aucun décès.

J'aimerais voir les vaccinateurs expliquer cela.

Le Dr HEAGERTY: Nous l'expliquerons.

Le TÉMOIN: Je continue:

L'explication de ce taux élevé de mortalité à Détroit se trouve probablement dans la description du traitement donné à l'hôpital de Détroit, publiée dans le bulletin mensuel du Service de santé de Détroit pour avril-mai 1925. Ce bulletin montre qu'en plus des autres traitements dangereux, tous les cas hospitalisés ont été vaccinés.

Comment la variole a-t-elle été traitée à Windsor? Se peut-il que la mortalité n'ait pas été plus forte à Windsor mais qu'il y ait eu au moins 320 cas au lieu de 67 et que les autres n'aient pas été déclarés ou diagnostiqués? Ou bien ont-ils été traités illégalement par des praticiens qui soignent sans drogues? Peut-être pourrez-vous suggérer d'autres explications?

Dans le reste de l'Ontario cette année-là il y a eu 532 cas et seulement 15 décès. Et là encore, pourquoi?

A Toronto, un nommé William Montgomery a contracté la variole et en est mort. Dès que son cas a été diagnostiqué, les autres membres de la famille ont été vaccinés et autorisés à vaquer à leurs affaires. Sur ces huit personnes, quatre, deux vaccinées et deux revaccinées ont contracté la maladie. Les faits ont été publiés dans le *Toronto Daily Star* du 22 mars 1924. Le public qui avait commencé à s'alarmer s'est bienntôt calmé. Il n'y a pas eu d'épidémie à Toronto.

Sûrement les docteurs et les gardes-malades ont fait des progrès de 1904 à 1924. Et cependant en 1904 il y eut une épidémie de variole sans aucune vaccination à Leicester. Sur 321 cas, il n'y eut que 4 décès. J'ai le rapport officiel devant moi.

A Toronto, vers la fin de 1919, il y a eu quelques cas diagnostiqués comme variole. En tout il n'y eut que 15 décès certifiés comme causés par la variole. Nous avons examiné une quinzaine de décès que les familles attribuaient à la vaccination mais qui n'étaient pas certifiés comme tels. L'épidémie disparut comme par enchantement quand le Conseil provincial de la Santé qui avait demandé un mandamus pour obliger le conseil municipal à faire vacciner toute la ville, s'en vit refuser la permission par la Cour suprême, à cause d'un vice de forme. C'était entre la Noël et le Jour de l'an.

Le bulletin dit, à la page 20, que la sanitation et l'isolement ne suffisent pas à eux seuls à éliminer la variole. Cette affirmation est contredite par les résultats de Leicester et ceux des états d'Amérique dans lesquels des lois précises interdisent la vaccination obligatoire. Les résultats de 1919 et de 1924 à Toronto indiquent qu'une sage décision de la cour et que la publication des faits dans les journaux peuvent être d'une grande utilité.

Le taux général de mortalité de l'état de Michigan a été presque le même que celui de l'Ontario pendant seize ans, mais pendant les cinq ans de 1938 à 1942 il a été de 9.8 par comparaison avec 10.1 en Ontario. Les décès infantiles des cinq dernières années sont de 44.8 en Ontario et seulement de 40.7 en Michigan. On dirait que les gens qui ne sont pas vaccinés jouissent d'une meilleure santé.

Le Minnesota est un centre anti-vaccinationiste renommé. Le taux général de mortalité des cinq dernières années est de 9.6 en moyenne contre 10.1 en Ontario. La moyenne de la mortalité infantile du Minnesota est de 34.4 et celle de l'Ontario 44.8. Peut-être les anti-vaccinationistes du Minnesota peuvent-ils enseigner quelque chose à l'Ontario.

Dans l'Utah, où la plupart des habitants considèrent une vie saine comme un devoir religieux, il existe depuis longtemps une loi sévère contre la vaccination obligatoire. La moyenne du taux de mortalité pour les cinq dernières années est de 8.3, bien au-dessous des 10.1 dont se vante l'Ontario, et la mortalité infantile 37.9 contre 44.8 en Ontario.

Les mesures intelligentes de santé semblent avoir d'étroits rapports avec l'opposition à la vaccination.

LA VACCINATION EST DANGEREUSE

Nous croyons qu'on peut fouiller en vain les traités de médecine pour trouver des détails sur la relation exacte entre le virus du vaccin et celui de la variole.

On n'a pas encore découvert de méthode pour séparer les virus dans une goutte de pus.

Les fabricants de vaccin se sont fortement opposés aux lois votées de temps en temps pour exiger la pureté complète des vaccins et même l'absence de bactéries.

Le Bulletin des agriculteurs N° 666, du *Department of Agriculture,* donnait il y a quelques années, en 1915 je crois, les détails d'une épidémie de fièvre aphteuse que les investigateurs du gouvernement des Etats-Unis avaient attribuée aux

veaux employés par Parke Davis & Co., de Détroit, pour fabriquer du vaccin, et qui coûta $5 millions au gouvernement fédéral. D'après mes renseignements, cette épidémie absolument et définitivement attribuée au vaccin causa une dépense totale évaluée à $9 millions. La Henry Mulford Company employa également la même source de vaccin—la Parke Davis Co. l'obtenait d'elle, mais l'épidémie de fièvre aphteuse ne fut pas découverte parce que la compagnie Mulford tua ses veaux au lieu de les renvoyer dans les fermes. Un livre publié par Chas. M. Higgins, le fabricant d'encre de New-York, donne des gravures et des photographies d'affidavits sur les effets de ce vaccin sur les gens.

Des recherches récentes montrent que le virus de la variole est tout juste plus petit que le spirochète de la syphilis et environ vingt-cinq fois plus gros que celui de la fièvre aphteuse. Il n'est pas facile à isoler, il est ultra-microscopique. Nous n'avons pas de renseignements sur le virus de la variole des vaches.

Il paraît qu'une ordonnance récente prescrit que les soldats canadiens doivent subir une analyse du sang pour la syphilis avant d'être vaccinés. Pourquoi? Parce que les investigations du gouvernement des Etats-Unis démontrent qu'après la vaccination une personne est sujette à montrer une réaction syphilitique positive pendant longtemps. Quelle que soit la signification ou la valeur exacte des analyses du sang, elles indiquent que la vaccination et la syphilis causent les mêmes bouleversements dans le sang.

En Grande-Bretagne, depuis plus de quarante ans, d'après les certificats de décès délivrés par des médecins pour la plupart partisans de la vaccination, les décès causés par la vaccination et signalés à la Chambre des communes britannique en réponse aux questions des députés, ont excédé les décès causés par la variole, quoique le nombre des vaccinations diminue constamment.

Sir William Osler, dans ses "Principles and Practice of Medecine" reconnaît qu'"une maladie dormante peut être rendue active par la vaccination". Pourquoi courir le risque de la réveiller? Qui peut dire quelle maladie est en train de couver? Et qui s'en inquiète?

LA DIPHTÉRIE ET L'ANATOXINE

Prenons maintenant la série de la Santé nationale, numéro 108, "Prévention de la diphtérie".

Cette brochure fait l'histoire de la diphtérie depuis sa première description par Pierre Bretonneau, en 1826. Elle néglige d'ajouter que Bretonneau la rattachait à la pratique de la vaccination, inaugurée depuis peu.

L'examen des statistiques d'une région après l'autre indique presque invariablement, partout où l'on se fie ou se soumet à la vaccination, que les cas de diphtérie sont plus nombreux et que les décès accompagnent les craintes d'épidémie de variole. Nous trouvons des exceptions lorsqu'on néglige de vacciner les gens—Leicester par exemple en 1904, où il y eut 321 cas de variole sur une population de 225,000 personnes dont moins de 3,000 furent vaccinées. Comparez cela avec les 50,000 habitants de Windsor.

La brochure mentionne à la page 7 qu'une attaque de diphtérie ne protège pas automatiquement, attendu que la toxine engendrée ne suffit pas toujours à stimuler suffisamment d'antoxine. Cela est probablement vrai si le malade est traité avec de l'antitoxine, mais non pas s'il est traité par des méthodes sans drogues.

Je n'ai jamais entendu parler d'une deuxième attaque chez un malade traité par des méthodes sans drogues.

M. HOWDEN: Les victimes ne vivent pas assez longtemps.

Le TÉMOIN: C'est une erreur complète. Je n'ai jamais entendu dire qu'une de ces victimes soit morte.

M. HOWDEN: Mon cher monsieur, la mortalité a été longtemps de 86 p. 100 dans les cas de diphtérie jusqu'à la découverte de l'antitoxine qui l'a réduite à 8 p. 100.

Le TÉMOIN: Ce n'était pas par des méthodes sans drogues. Il s'agissait de malades traités par des médecins.

M. HOWDEN: Quand ils n'avaient pas de drogues, ils mouraient tout bonnement.

Le TÉMOIN: J'ai vu un malade s'en tirer—un enfant de quatre à cinq ans, dans une famille où il y avait d'autres enfants plus et moins âgés—sans une goutte de drogue d'aucune sorte.

M. HOWDEN: Comment savez-vous qu'il s'agissait de diphtérie? Avait-on fait des prélèvements de pus dans la gorge?

Le TÉMOIN: Je l'ai vu de mes yeux.

M. HOWDEN: Comment a-t-on pu diagnostiquer la diphtérie sans prélèvements?

Le TÉMOIN: Vous changez la base du diagnostic employé pour la diphtérie depuis un siècle. Nous n'avons pas fait de prélèvement de pus. Mais les caractéristiques de la membrane diphtérique sont assez claires et assez prononcées aux yeux de tous ceux qui ne sont pas aveugles.

M. HOWDEN: On ne peut pas les distinguer de l'angine de Ludwig ou d'un tas d'autres choses.

Le TÉMOIN: Le reste de la famille n'a pas même attrapé un éternûment et trois semaines après l'enfant était à une partie de plaisir.

M. HOWDEN: Ce qui est une assez bonne preuve qu'il n'avait pas eu la diphtérie.

Le TÉMOIN: Bien sûr, vous pouvez poser comme principe qu'à moins qu'il y ait tant de décès, ce n'est pas la diphtérie; ensuite nous changerons notre définition. Je continue:

L'immunité conférée par l'anatoxine est estimée, page 10, de 80 à 98 p. 100 du nombre d'enfants traités et elle est censée avoir effet dans les trois mois. C'est trop lent.

La brochure dit, "L'antitoxine guérit invariablement quand elle est administrée à temps". Alors pourquoi la proportion croissante des décès sur le nombre de cas, 15 sur 143 en 1942, c'est-à-dire 10.5 p. 100 par rapport à une moyenne de 4.7 p. 100 en 1929?

Lorsque, après quelques années de vigoureuse propagande en faveur de l'anatoxine, Toronto eut en 1940 une année sans cas de diphtérie ou sans décès dû à la diphtérie, la nouvelle fut diffusée partout comme preuve de l'efficacité de cette substance. A Toronto, la pratique est de donner à chaque enfant trois injections de vaccin pour l'immuniser. D'après les meilleurs renseignements il n'y a jamais eu en même temps 40 p. 100 des enfants immunisés. Ne faut-il pas donner à 40 p. 100 des enfants le crédit d'avoir aboli la maladie pendant une année? Au bout de quelque temps, on fera comme au temps de Moloch, où on brûlait un enfant pour calmer l'épidémie. Et cependant en 1943, le ministre britannique de la Santé a parlé à la radio en faveur de la vaccination et il a cité Toronto comme exemple. Il a oublié de dire que dans les neuf premiers mois de 1942, Toronto avait eu 52 cas avec 7 décès, ce qui représente le taux effroyable de 13.4 p. 100. Ce n'étaient pas du tout des cas confiés aux praticiens sans drogues. Cela aurait fait de grosses manchettes de journaux.

Si un praticien qui soigne sans drogue perd un cas de diphtérie, les journaux le publient en gros caractères en première page. Quand feu le docteur Walter Hadwen, M.D. en Angleterre, perdit un malade à qui il n'avait pas administré de l'antitoxine, il fut accusé d'homicide involontaire. Son acquittement fut accueilli avec grand enthousiasme.

AU SUJET DE LA CONTAGION

Si le vaccin et l'anatoxine modifient ou améliorent la condition des malades à qui ils sont inoculés, ils n'en rendent pas moins plus difficile, croyons-nous, l'examen de la maladie et multiplient le nombre des sujets contagieux.

A notre sens, la foi en l'efficacité du vaccin et de l'anatoxine fait que, dans plusieurs cas à leur début, la maladie n'est ni diagnostiquée ni signalée.

COÛT DE L'ANATOXINE

Une délégation de la *Canadian Public Health Association* est censée avoir établi à 322 le nombre des morts causées par la diphtérie dans l'Ontario, en 1924; ces morts ont coûté approximativement $300,000, ou environ $950 dans chaque cas, tandis que le tiers de ces sommes aurait acquitté les frais encourus pour inoculer l'anatoxine à tous les enfants qui n'allaient pas encore à l'école. Faisons un peu de calcul.

Pour immuniser à ce prix tous les enfants en bas âge, il en coûterait $20,000 par année, et pour cinq ans, $100,000.

Au cours des cinq dernières années, il n'y a eu que 53 décès, ce qui représente, au même prix, une somme de $50,000 seulement. En Ontario, tous les enfants n'ont pas été malades plus que trois fois.

A la lumière de la récente tragédie survenue à Neepawa, où un aviateur est mort et onze sont à l'hôpital, le danger de l'anatoxine ne peut être contesté.

COÛT DE LA PETITE VÉROLE ET DE LA VACCINATION

D'après la même publication officielle, on estime à $35,000, soit $522 par cas signalé, le coût de l'épidémie de petite vérole à Windsor, en 1924.

L'épidémie survenue à Leicester en 1904, où l'on a compté 321 cas dont quatre morts seulement, a coûté environ $27 par cas.

Dans l'opuscule, il est écrit que, en moins de deux semaines, 50,000 citoyens de Windsor et des environs se faisaient immuniser. Les vaccinations à Leicester, en 1904, étaient en deçà de 3,000, sur une population de 225,000 âmes.

LE POINT DE VUE RELIGIEUX

A l'appui des règles d'hygiène, la loi mosaïque reconnaît la possibilité de la contagion par le contact d'une personne malade.

L'ingestion, par une abrasion ou ponction de la peau, d'une substance provenant d'un animal atteint de maladie va directement à l'encontre du principe fondamental de la loi mosaïque.

Saint Paul dit du corps humain qu'il est le temple de Dieu. Bon nombre de chrétiens jugent donc qu'ils ont le devoir de traiter leur corps comme tel; par conséquent, ils en prennent soin et le tiennent propre. Il répugne en effet à ces personnes de songer à introduire dans le corps une substance provenant d'une plaie ou du sang d'un animal atteint de maladie ou d'infection.

Evidemment, le vaccin n'est pas un poison, et pourtant, on m'a raconté que l'opinion s'est émue récemment, en Pennsylvanie, lorsque trois médecins, qui s'étaient égratignés avec les aiguilles à vaccin au cours d'une bourrée de travail à la clinique, ont dû être traités à l'hôpital pour empoisonnement de sang.

Les croyants sont ordinairement des gens pacifiques. Sauf quelques sectes en minorité, personne ne fait publiquement profession de sa foi. Je suis moi-même un baptiste convaincu. Mais la Bible circule dans bien des mains, et souvent, des âmes sincères se laissent influencer par son enseignement.

L'histoire enseigne que, de tous les citoyens, ceux qui ont la foi sont les plus obstinés. Il n'est pas sage d'imposer des inoculations et des vaccinations aux personnes qui les refusent et dont le refus est fondé, d'une manière ou d'une autre, sur leurs croyances religieuses. Il ne faut pas oublier, non plus, que Jésus de

Nazareth était à la fois un maître et un guérisseur sans mandat. Il ne détenait pas de diplôme d'école normale ou d'école de médecine. Il est malhabile d'adopter des lois et d'établir des méthodes qui le précipiteraient de nouveau devant les tribunaux s'il reparaissait tout à coup parmi nous et reprenait tranquillement la campagne de prédication et de guérison qu'il avait lancée il y a dix-neuf siècles.

CONCLUSION

Pour conclure:

Les faits qui précèdent ne constituent qu'une minime fraction de la documentation disponible pour prouver:

Que la vaccination et les inoculations sont dangereuses.

Que la foi aux vaccinations et aux inoculations rend plus difficile la guérison des maladies.

Que l'état général de la santé s'est amélioré en raison inverse de l'application de ces méthodes, et que la santé est meilleure dans les districts qui se sont le plus opposés à ces méthodes.

Je constate qu'en Alberta, où nous avons été atterrés d'apprendre que toutes les précautions médicales étaient négligées, le taux de mortalité est d'environ 3 par mille en deçà de celui de l'Ontario, où nous jouissons probablement des meilleurs soins médicaux de tout le pays.

Je continue:

On peut élever contre l'emploi de ces méthodes autant d'objections qu'il y a de maladies contre lesquelles on charche à s'immuniser.

Dans son excellent livre intitulé "Poison from the Air", Heinz Leipmann a un chapitre sur la lutte contre les bactéries où, après s'être documenté dans toutes les capitales européennes qui faisaient des préparatifs antérieurement à 1937, il constate comme un simple fait d'expérience que, une fois qu'une personne est immunisée contre un certain nombre de maladies, une seule inoculation a de l'effet, et que, étant donné qu'il existe plusieurs variétés de la même espèce, comme le streptocoque, par exemple, les inoculations sont pour ainsi dire inutiles.

Encore une fois, il n'est donc pas de meilleure assurance-maladie que de bien vivre dans des conditions hygiéniques.

Cela veut dire que les citoyens devraient pouvoir compter sur des emplois stables, de gros salaires, un coût de vie peu élevé, et la diffusion de la science de l'hygiène.

Pour être acceptable, tout projet d'assurance-maladie devrait accorder au citoyen le droit de choisir sont propre guérisseur, médecin ou autre, et la méthode de traitement qu'il désire suivre, soit à l'hôpital, soit à domicile.

La médecine préventive devrait être à base de mesures sanitaires et hygiéniques, et elle devrait exclure tous les vaccins, sérums et inoculations.

Levez les restrictions dont on a frappé l'usage des ressources naturelles, la production et l'échange des denrées et des services; délivrez de ses entraves la liberté de parole et de discussion, et vous aurez plus fait pour la cause de l'hygiène et de la sécurité au Canada que si vous aviez recouru à tout plan compliqué et coûteux de guérison aux mains de tel ou tel groupe particulier.

Le VICE-PRÉSIDENT: Merci, monsieur Farmer.

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président, en prenant la parole, M. Farmer s'est tourné vers moi et a employé à mon endroit le terme "historien". Le mot est assez juste. J'ai écrit quelques livres sur l'histoire de la médecine au Canada. J'espère sincèrement que M. Farmer pourra un jour parcourir ces volumes. Il a cité des extraits de quelques brochures qui sont de moi. Voici une déclaration de M. Farmer que je me permets de relever: "Dans le bulletin nº 32 de la série "National Health", bulletin intitulé "Petite vérole et Vaccination", le Dr Heagerty nous parle de la vaccination gratuite dans le Québec, vers 1768, et de la

manière dont elle s'était développée. Il indique aussi ce qui indigna le bon sens du public contre la vaccination. Parfois, une inoculation de pus provenant d'un sujet peu malade causait la mort." Qu'il soit bien entendu qu'il ne s'agissait là que de l'inoculation de la petite vérole.

Le TÉMOIN: Absolument.

Le Dr HEAGERTY: D'un bout à l'autre de l'Europe et dans toute la province de Québec, le taux de mortalité par la petite vérole était si élevé que la population était déterminée à ne reculer devant aucun moyen pour réduire ce taux. On découvrit que l'inoculation de la petite vérole à ses débuts était le remède efficace. Mais il arrivait parfois que la petite vérole n'était pas à ses débuts—c'est-à-dire la substance dont on se servait—et des épidémies s'ensuivirent. Je dois donc vous signaler qu'il n'est nullement question en l'occurrence des vaccinations avec la variole des vaches. Depuis l'introduction de la vaccination par la variole des vaches au Canada, la variole est presque entièrement disparue. En 1702, un tiers de toute la population de la ville de Québec—cette ville comptait 9,000 âmes à cette époque—a péri par la variole. C'était avant l'introduction de la vaccination.

Le témoin a fait mention de la diphtérie et d'autres maladies. S'il se reporte aux chiffres que j'ai cités relativement aux premiers jours du Canada, je suis certain qu'il sera énormément surpris de constater qu'avant que nous ayons des médecins, des infimières, des hôpitaux et une connaissance de la cause de la maladie et des pratiques d'inoculation, le taux de la mortalité était extrême, si l'on veut bien me permettre ce mot.

Monsieur Farmer, puis-je vous demander de vous reporter en arrière et de lire ces chiffres?

M. FARMER: Je pourrais peut-être vous donner une autre réponse à cela, docteur Heagerty. Dans les premiers temps, les approvisionnements de nourriture étaient limités, comme vous le savez.

Le Dr HEAGERTY: Je ne suis pas d'accord avec vous sur ce point.

M. FARMER: Dans le même sans: la diphtérie est une maladie qui est surtout fréquente, je crois, en hiver et au printemps.

Le Dr HEAGERTY: Non, non. De nouveau, je dois différer d'opinion avec vous. La diphtérie survient principalement lorsque les enfants viennent en contact les uns avec les autres, à l'école, l'un infectant l'autre.

M. FARMER: Ma mère, morte il y a quelques années à l'âge de soixante-dix-sept ans, n'a jamais vu un cas de diphtérie.

Le Dr HEAGERTY: Votre mère n'était pas médecin.

M. FARMER: Non, c'était une femme qui avait vécu dans la Nouvelle-Ecosse et l'Ontario et qui avait élevé une famille assez nombreuse; aucun de nous ne reçut l'inoculation d'anatoxine, d'antitoxine ou autre chose du genre. Je pourrais mentionner certaines recherches scientifiques qui démontrent qu'un régime alimentaire convenable et qu'une quantité suffisante d'aliments riches en vitamines "C" contribuent pour beaucoup à l'immunisation, pour ainsi dire, d'une personne contre la diphtérie. Ceci est confirmé par ma propre expérience en observant un grand nombre de cas au cours des dix dernières années.

M. HOWDEN: Monsieur le président, je crois que nous perdons notre temps en poursuivant plus longuement une discussion de ce genre. Les sottises que nous avons entendues ce matin sont une pure perte de temps. C'est tout.

M. MACINNIS: Je ne crois pas que l'on doive insulter une délégation qui se présente devant nous. Nous avons parfaitement le droit de traiter de sottises les théories que la profession médicale nous a exposées, mais je suis certain qu'il y

aurait un tollé général si quelqu'un de nous se levait et qualifiait d'absurde le rapport soumis par le conseil médical. Il nous faut montrer de la tolérance autrement nous ne faisons que confirmer la déclaration faite ici même ce matin. Nous pouvons ne pas admettre les énonciations du témoin, mais nous ne devons pas les qualifier de sottises.

M. HOWDEN: Devant l'expérience de cinquante années acquise par les autorités publiques intelligentes du monde entier en ce qui concerne les bienfaits des découvertes appliquées par la science médicale, il nous faut nous rendre compte de la fausseté des exposés qui nous ont été faits ce matin.

A ce propos, je me rappelle que des familles entières ont été emportées par la diphtérie. Je me souviens d'épidémies au cours desquelles des familles entières sont mortes de la diphtérie, tous les enfants d'une famille y ont succombé. Je me souviens qu'avant que nous songions à faire usage de sérum pour certaines formes de fièvre scarlatine virulente des familles entières ont été emportées par cette maladie. J'ai vu cinq ou six cadavres d'enfants enterrés en même temps. Je tiens à faire savoir au Comité que ce n'est qu'après la découverte de l'antitoxine diphtérique contre la fièvre scarlatine que nous avons réussi à enrayer cette maladie, de même que nous avons pu enrayer la diphtérie elle-même. Il n'y a pas de doute à ce sujet.

M. FARMER: Monsieur le président, je tiens à donner à mon ami tout le crédit pour sa sincérité et sa franchise, mais je suis venu ici pour dire qu'il y a, pour traiter ces maladies, d'autres méthodes qui sont tout aussi efficaces, bien qu'il ne lui ait pas été donné de le constater.

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

M. A. B. DAVIES: Puis-je dire un mot ou deux?

Le VICE-PRÉSIDENT: Oui.

Le TÉMOIN: Excusez-moi d'intervenir. Mon collègue est M. Davies. Son anglais, comme vous le constaterez, n'est pas très anglais. Il vient du Moyen-Orient et il y a appris les méthodes naturelles qu'il a apportées avec lui au Canada, où il habite depuis environ vingt ans. Il s'est fait un grand nombre d'amis; il a une clientèle considérable à Hamilton et il est hautement considéré par une foule de gens intelligents.

M. DAVIES: Monsieur le président et honorables messieurs du Comité, comme mon collègue, M. Farmer, l'a fait remarquer, non seulement la langue que je tente de parler n'est pas ma langue maternelle, mais je ne l'ai jamais apprise à l'école. Pour cette raison, je vous demanderais d'être tolérants et de porter attention à ce qui est dit plutôt qu'à la manière de l'exprimer.

Je voudrais, avec la permission du Comité, porter à votre attention quelques points sur les facteurs principaux qui ont trait à l'assurance-maladie, et sur lesquels, par suite du manque de temps, mon collègue, M. Farmer, n'a pu insister.

J'approuve tout d'abord le principe voulant qu'en matière de santé notre *statu quo* soit loin d'être satisfaisant. Comme l'honorable M. George Hadley l'a si bien dit, les chiffres, lorsque vous les considérez, sont vraiment effroyables. Messieurs, vous avez un devoir à remplir, celui de donner au peuple canadien quelque chose de meilleur que ce qu'il a eu auparavant. Le ministère de la Santé et le comité consultatif ont l'intention d'améliorer le bien-être public. Quoi qu'il en soit, les meilleures intentions ne donnent pas toujours les meilleurs résultats. On nous dit qu'Adolp Hitler a toujours été sincère dans ses convictions; il croit servir le public.

Nous avons devant nous, messieurs, une foule de suggestions touchant ce que nous devons faire, ce que nous devrions faire et ce que nous ferons. Mais lorsqu'on en vient à demander au peuple ou aux dirigeants du peuple de faire un placement

annuel de la somme fabuleuse de $240,000,000, il est de notre devoir de veiller à ce qu'un plan concret, pratique et valant la peine, soit offert comme base de ce placement. Je regrette de dire que, bien que de nombreux témoins aient été entendus et aient fait des déclarations, aucun n'a fait mention d'un plan.

Qu'est-ce qui a causé l'élaboration du présent projet de loi de l'assurance-maladie? Le fait que l'on s'est rendu compte que le peuple canadien n'est pas en bonne santé. Un effort est tenté pour le rendre bien portant et de le conserver ainsi. A ce sujet, messieurs, puis-je dire ceci en toute sincérité: comment allons-nous rendre notre peuple bien portant quand, comme je l'ai dit, aucun plan concret n'a jamais été offert? Après avoir lu le compte rendu des témoignages donnés devant ce Comité, je regrette de dire que dans aucun on n'a défini ce qu'était la santé. La santé peut être définie ainsi, messieurs: c'est un don naturel. La santé est une condition naturelle de l'être humain tant qu'il n'y a pas en premier lieu de manifestation active d'agent étranger dans son système, et, deuxièmement, tant que les quatre canaux de réception et les six canaux d'élimination du corps humain fonctionnent bien. Les quatre canaux de réception sont: (1) la respiration; (2) le boire et le manger; (3) l'absorption du soleil et de l'air par les pores; (4) l'électrisation par la tête, électrisation qui est conduite au cerveau et de là à la colonne vertébrale pour être distribuée ensuite dans le système, ce qui rend possible les mouvements que nous faisons.

Les six canaux d'élimination sont les suivants: (1) ce que nous rejetons de notre système par exhalation, par expiration—l'acide carbonique qui est le montant le plus considérable de poison organique toxique; (2) l'élimination par les intestins ou matières fécales; (3) urine; (4) sueur ou transpiration, résultant de l'action du système lymphatique.

En cinquième lieu vient l'élimination muqueuse qui consiste dans le soulagement du cerveau de la matière qui est accumulée, par le nez, et l'élimination des poisons organiques ou toxinnes accumulées dans l'épine dorsale, par les parties génitales. Puis il y a le sixième point dont font très peu mention, quand ils ne l'ignorent pas complètement, les traités de médecine et les autorités médicales. Il s'agit de cet élément très important qui est à la base de cette terrible maladie appelée poliomyélite, et qui consiste dans l'inutilisation de l'électricité par les pieds par suite du manque de contact avec le sol, à cause de l'usage de semelles en caoutchouc. Aussi longtemps que ces conditions existeront, honorables messieurs, la santé sera impossible, peu importe ce que nous pourrions réaliser en provoquant de l'infection dans le système humain. Nous ne pouvons pas alors rendre l'homme bien portant, nous ne faisons qu'aggraver son état de maladie car il va de soi que lorsque le poison est amené dans le système—tous les dictionnaires vous le diront—lorsque le poison, dis-je, est introduit dans le système, que ce soit un poison organique ou autre, il a toujours pour effet de créer ou de produire un état de morbilité. Je voudrais profiter de cette occasion pour dire, honorables messieurs, que nous déplorons l'absence de moyens convenables pour conjurer les conditions mentales. Si vous m'en donnez la permission, je puis offrir un plan par lequel, d'ici dix ans ou à peu près, nous pourrons réduire les cas de maladie à presque rien. La méthode est très simple. Il en va de même pour le cancer, cette maladie terrible, que personnellement j'estime causée par la vaccination qui fait échec à l'empoisonnement organique; vient le moment où les grandes lymphatiques sont tellement fatiguées qu'elles ne peuvent plus retenir ces poisons. C'est alors que se produit la rupture et que la maladie fait des progrès.

Pour ma part, j'ai traité de 700 à 800 cas, mais mes guérisons, je suis peiné de le dire n'ont jamais dépassé 65 p. 100. Cependant, dans 85 p. 100 des cas il y a eu amélioration; les malades ont ressenti les bienfaits du traitement. A un certain moment, il est vrai, j'ai tenté d'intéresser la profession médicale, mais j'ai été traduit devant les tribunaux et mis à l'amende pour ma peine.

Maintenant, monsieur le président et honorables messieurs, je profite de l'occasion pour vous dire que si vous voulez accepter la collaboration des auxiliaires non médicaux—je vous demande pardon, n'allez pas mal m'interpréter lorsque je dis "auxiliaires" car tout ce que je puis offrir est gratuit—mes collègues et moi-même serons heureux de contribuer à rendre notre pays un endroit plus sain à habiter.

M. SHAW: Monsieur le président, je désirerais faire une remarque. Je constate que cinq des membres du Comité seulement sont présents. Je ne sais si ces messieurs font partie de la profession médicale ou non, mais nous nous éloignons certainement de la tolérance, de la liberté d'expression ou de la liberté de pensée. Nous avons permis à ces personnes d'être entendues par le Comité et, personnellement, je suis tout à faire dégoûté de l'accueil que nous leur avons réservé en tant que Comité. Monsieur le président, si telle doit être notre attitude, je ne veux plus participer aux délibérations du Comité.

M. JOHNSTON: Je tiens à déclarer que je partage l'avis de M. Shaw. Nous sommes ici principalement pour entendre les témoignages, ce me semble, et nous avons le devoir d'être courtois envers tous les groupes qui se présentent. Je tiens à appuyer M. Shaw.

Le PRÉSIDENT: Vos remarques ont été dûment consignées. Il est regrettable que les membres du Comité ne soient pas plus nombreux présentement, mais lorsque M. Farmer a commencé son témoignage, il m'a fait tenir une note m'informant que la lecture du mémoire prendrait environ trente-cinq minutes. M. Farmer a commencé sa lecture vers midi et 35 et il est maintenant 1 h. 45.

M. FARMER: Il me semble que la lecture du mémoire a duré environ trente-cinq minutes.

Le PRÉSIDENT: Vous aviez calculé qu'il vous faudrait jusqu'à 1 h. 10.

M. FARMER: J'apprécie vos remarques.

Le PRÉSIDENT: Nous allons ajourner jusqu'à demain matin à onze heures.

Le Comité s'ajourne au vendredi 11 juin à 11 heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule nº 20

SÉANCE DU VENDREDI 11 JUIN 1943

TÉMOIN:

Le rév. père Emile Bouvier, S.J., représentant les hôpitaux catholiques du Canada.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le VENDREDI 11 juin 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du main sous la présidence de M. J.-A. Blanchette, le vice-président.

Présents: MM. Adamson, Blanchette, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Gregory, Howden, Johnston (*Bow-River*), Lalonde, Leclerc, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon, Macmillan, McGarry, McGregor, Picard, Shaw, Warren et Wright—22.

Le révérend père Emile Bouvier, S.J., directeur des relations industrielles et professeur de législation sociale à l'Ecole de service social de l'Université de Montréal, est appelé. Après présentation d'un mémoire au nom du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada, il est interrogé et se retire.

M. Blanchette remercie le témoin au nom du Comité.

M. Fauteux demande que le Comité entende des témoins sur la question de la suppression des taudis. Il est informé que sa proposition sera mise à l'étude.

A midi et 30, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mardi 15 juin, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 11 juin 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 heures du matin, sous la présidence de M. J.-A. Blanchette, vice-président.

Le VICE-PRÉSIDENT: Messieurs, comme on l'avait annoncé hier, nous avons aujourd'hui parmi nous le révérend père Emile Bouvier, S.J., qui représente les hôpitaux catholiques du Canada. Le R. P. Bouvier est directeur des relations industrielles et professeur de l'égislation sociale à l'Ecole du service social de l'Université de Montréal. Il est ici ce matin à titre de président du comité d'assurance-maladie du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada. Je crois que le Père Bouvier présentera la plus grande partie de son témoignage en anglais, et le fera suivre de quelques remarques en français.

Je donne la parole au Père Bouvier.

Le R. P. EMILE BOUVIER, S.J., est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, honorable monsieur Mackenzie, messieurs, le Conseil des hôpitaux du Canada apprécie vivement l'occasion qui lui est offerte de paraître devant le Comité spécial de la sécurité sociale de la Chambre des communes. L'assurance-maladie n'est pas seulement un problème d'importance majeure pour le rétablissement de la santé du peuple; elle met en jeu des principes qui intéressent particulièrement le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada. Dès que la réalisation de l'assurance-maladie apparut certaine, le comité exécutif du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada convoqua une réunion à Toronto, en octobre 1942, et institua un comité de l'assurance-maladie, composé de neuf membres et chargé d'étudier les effets d'une telle législation sur les hôpitaux catholiques. Le comité a fait une étude soigneuse et impartiale du problème, et posé certains principes qui inspirent les hôpitaux catholiques à l'égard de cette législation nouvelle.

Vous m'excuserez, monsieur le président, si je présente quelques considérations pouvant paraître, à première vue, étrangères au sujet. Je le fais d'abord parce que je m'adresse à un auditoire à la fois large d'esprit et compétent, et désireux d'avoir un franc exposé de notre point de vue et de nos motifs. Puis, ces considérations apparemment étrangères constituent en réalité la toile de fond historique et philosophique, elles contiennent une conception générale de la vie à la lumière de laquelle nous jugerons même une loi d'assurance-maladie. Mon mémoire comprendra logiquement les chapitres suivants:

1. Le caractère spécial de nos hôpitaux catholiques.
2. Notre philosophie de l'assurance-maladie.
3. La portée de la législation.
4. Le système de contribution.
5. Le problème des centres d'hygiène.
6. Le problème des infirmières et de la représentation.

1. CARACTÈRE SPÉCIAL DES HÔPITAUX CATHOLIQUES

A l'origine de l'Eglise, le soin des malades était un des devoirs importants imposés aux évêques, puis aux prêtres et aux diacres. Les fonctions épiscopales comprenaient l'hospitalisation des étrangers et des malades. Quand le palais

épiscopal était plein, les chrétiens riches ouvraient les portes de leurs spacieuses demeures. Ce n'est qu'en l'an 325, lors de la paix de Constantine, que les catholiques jugèrent bon de créer des hôpitaux. Faute d'hygiène publique, les malades devenaient si nombreux qu'une telle mesure s'imposait. La construction des hôpitaux par les Pères de l'Eglise fut une cristallisation, ou plutôt une extension de la charité des premiers chrétiens. Les hôpitaux, les cliniques spéciales, les résidences pour médecins et infirmières, se répandirent rapidement dans toute l'Europe. Les Croisés ouvrirent les portes de l'Orient. Le progrès économique et social avait développé un plus grand nombre de régions urbaines et accru la population. La charité se développa de plus en plus. Des individus, des groupes, des corporations et des municipalités construisirent des hôpitaux. Le ville de Milan érigea 11 hôpitaux, Florence, 30, certaines villes allemandes, 8, 9, 16.

En 1545, tous les évêques et archevêques du monde étaient rassemblés à Trente. Parmi d'autres questions essentielles, surgit le problème des hôpitaux. L'Eglise ne doit pas seulement enseigner, mais légiférer en matière de morale et de discipline. Dans les hôpitaux se posent de nombreux problèmes d'ordre moral. L'avortement, la stérilisation, les opérations illégales, par exemple, sont condamnées par l'Eglise catholique. Il s'ensuit qu'un hôpital qui se prétend catholique doit se soumettre aux enseignements de l'Eglise à cet égard.

Le Concile de Trente résolut en conséquence de placer les hôpitaux catholiques sous la juridiction spirituelle des évêques, et proclama le droit de l'évêque de visiter les institutions et de surveiller leur direction morale.

En France, le contrôle des hôpitaux appartenait au Roi: Louis XIV transféra cette juridiction aux évêques. La même règle figure encore dans le droit canon. D'après l'article 1489, les ordinaires peuvent ériger des hôpitaux et des institutions similiaires destinées aux œuvres religieuses ou charitables; ils peuvent aussi conférer à ces institutions le caractère de corporations ecclésiastiques.

Mais le fait capital qui relie les Sœurs à l'Eglise est que les évêques sont leurs supérieurs eccléciastiques. Toute leur vie, toutes leurs actions dans le domaine temporel et dans le domaine spirituel dépendent de la volonté de leurs supérieurs respectifs, qui tiennent auprès d'elles la place du Dieu tout puissant.

L'histoire relate le rôle important joué par les Sœurs dans les débuts du Canada. Elles se sont associées aux missionnaires et aux grands explorateurs pour la fondation même de Québec et de Montréal. Elles ont consacré leur vie à des œuvres de dévouement et de charité, et donné tout leur temps au soulagement des souffrances de l'humanité. Elles n'agissent ni par ambition ni dans un esprit de lucre, mais par amour et par charité pures. Des hôpitaux, des asiles, des sanatoriums ont été construits sur une solide fondation d'amour surnaturel du prochain. C'est, comme vous le savez tous, dans cet esprit que la duchesse d'Aiguillon fonda le premier hôpital du Canada, à Québec, en 1639. Jeanne Mance ouvrit l'Hôtel-Dieu de Montréal en 1644, et pendant de longues années, les hôpitaux furent dirigés par des congrégations religieuses.

Aujourd'hui, les Sœurs dirigent les hôpitaux catholiques répandus dans tout le Canada, de Halifax à Vancouver, et qui comprennent, avec les Hôtels-Dieu de Québec et de Montréal, les répliques les plus modernes de ces institutions. Des Sœurs de toutes les communautés s'en occupent: Hospitalières de Saint-Joseph, Sœurs Grises, Sœurs de la Providence, Sœurs de la Charité, Sœurs de Saint-Augustin, et bien d'autres.

Avec le développement économique et social du Canada sont apparus des hôpitaux séculiers, dont la direction ne dépendait pas de l'Eglise.

Il devenait nécessaire aux Sœurs de se grouper en une association, qui leur procurerait conseils et directives, particulièrement dans les questions comportant un aspect social, moral et spirituel. Elles se sont affiliées à l'Association des hôpitaux catholiques des Etats-Unis et du Canada. Elles ont récemment constitué le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada, qui est leur organisme officiel.

Le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada est une association d'hôpitaux catholiques dont les Sœurs assument la propriété, la direction ou le service, sous la juridiction de la Hiérarchie canadienne.

Le Canada est divisé en secteurs régionaux, appelés "conférences", et la fédération de ces conférences constitue le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada. Il existe actuellement six conférences: les provinces Maritimes, Québec, Montréal, l'Ontario, les provinces des Prairies et la Colombie-Britannique. Elles dénombrent 184 hôpitaux, contenant plus de 22,000 lits.

Le but de cette association est de conseiller les Sœurs du Canada dans les questions religieuses, sociales et économiques concernant les hôpitaux. Tous les hôpitaux religieux étant sous la juridiction des archevêques et des évêques du Canada, il est important pour les Sœurs d'avoir un organisme interprétant les désirs de Leurs Excellences.

Lorsqu'on a commencé à discuter sérieusement à Ottawa le problème de l'assurance-maladie, le comité exécutif du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada a jugé bon d'étudier cet important problème pour savoir quelle attitude prendre.

Une réunion fut donc convoquée à Toronto en octobre 1942, et un comité fut nommé et chargé d'étudier la question attentivement et de présenter un rapport à un comité d'évêques, composé de Leurs Excellences Mgr Vachon, archevêque d'Ottawa, Mgr McNally, archevêque de Halifax, et Mgr Carroll, archevêque de Calgary.

2. PRINCIPES ESSENTIELS DE L'ASSURANCE-MALADIE

Tous les Canadiens bien informés connaissent la situation, en matière d'hygiène, au Canada. La mortalité infantile et maternelle, les causes de décès, les maladies contagieuses et la mortalité qu'elles entraînent, composent un triste tableau statistique. Le docteur Heagerty en a déjà témoigné dans son rapport de mars 1943 au comité consultatif, partie V, pp. 181-378, auquel je vous renvoie.

D'autre part les salariés reçoivent de faibles taux de rémunération. En 1941, 33.4 p. 100 des soutiens de famille, dans les zones urbaines, et 72.9 des autres travailleurs, ont reçu moins de $1,000 par an. Dans les zones rurales, 59.7 p. 100 des soutiens de famille et 89.1 des autres travailleurs ont reçu moins de $1,000 par an. Chez les femmes, 88.2 p. 100 dans les zones urbaines et 96.5 p. 100 dans les zones rurales ont reçu moins de $1,000 par an.

Devant un tel besoin de services médicaux, d'une part, et de si faibles revenus, d'autre part, il faut faire quelque chose. Comment pouvions-nous remédier à cette situation?

La manière logique de résoudre le problème est de compléter l'insuffisance des salaires par l'assurance sociale. Par ce procédé, les ouvriers mettent en commun certaines ressources pour faire face à certains risques de l'existence, tels que le chômage, la vieillesse et la maladie. Nous pourrions, en théorie, donner à l'ouvrier un taux de salaire suffisant pour couvrir ces risques, mais malheureusement les conditions économiques et industrielles ne le permettent pas. D'où la nécessité de protéger l'ouvrier par la sécurité sociale. Cette nécessité est essentiellement fondée sur la justice et la charité.

Cette protection résulte du droit à un salaire suffisant pour vivre. Si la loi de Dieu oblige l'homme à travailler pour gagner sa subsistance et celle de sa famille, la société, d'autre part, doit veiller à ce que les individus puissent subvenir à leurs besoins et aux besoins de leur famille. La nécessité de l'assurance sociale ressort de l'enseignement du pape Pie XI dans son encyclique *Divini Redemptoris:* "D'après la justice sociale, les salaires doivent assurer aux travailleurs leur subsistance et celle de leur famille. Le système doit permettre aux salariés de recevoir, en échange de leur travail, un revenu suffisant pour

résister à la misère générale, qui est une vraie calamité. Un système d'assurances sociales ou privées doit les protéger en période de vieillesse, de maladie ou de chômage".

Ayant recennu que l'assurance sociale est justifiée par des raisons de philosophie morale, notre comité a étudié une première question: "Pour remédier aux conditions d'hygiène actuelles du peuple canadien, l'assurance sociale doit-elle être réalisée sur une base volontaire, ou sur une base d'Etat obligatoire?"

Le plan volontaire est un régime d'assurance-maladie réalisée par la libre mise en commun de ressources en vue d'obvier à un risque défini. Pour la maladie, il peut prendre la forme: (*a*) de la coopérative médicale, (*b*) d'un plan collectif d'hospitalisation, (*c*) de l'assurance-maladie volontaire.

(*a*) La coopérative médicale est une association volontaire et non lucrative, dont les membres se réunissent pour obtenir des services médicaux au prix courant. Elle s'inspire de quatre principes: l'exercice de la médecine, la médecine préventive, la régularité des honoraires ou des contributions, et le contrôle par les associés eux-mêmes. Ce plan est réalisé aux Etats-Unis et en Europe. La coopérative médicale de La Haye, appelée "Volharding", et établie en 1882, compte maintenant plus de 118,000 membres, qui paient $5.20 par an. Elle a 22 médecins, 9 spécialistes, 12 dentistes, 2 pharmaciens, 14 adjoints de pharmacie, 26 infirmières, 15 infirmières visiteuses et 12 conducteurs d'ambulance. Elle possède un hôpital général, une polyclinique, une clinique dentaire, et deux pharmacies. Les traitements des médecins varient de $2,400 à $5,600. Quand les recettes dépassent les dépenses, l'excédent est consacré à des prestations aux survivants, à des mesures préventives, et à des camps de vacances. Ajoutez à cela "L'Union des coopérateurs", de Paris, les "Œuvres mutualistes" de Bruxelles et enfin l'expérience de l'Elk City dans l'Oklahoma.

(*b*) La dexième forme est le plan collectif d'hospitalisation. Le nom de son fondateur, le Dr Millican, est bien connu, et le plan compte de nombreux adhérents dans les provinces du Manitoba, de l'Ontario, de Québec, et, semble-t-il, de la Nouvelle-Ecosse. A New-York, ce plan compte déjà un demi-million d'adhérents.

(*c*) Dans le plan volontaire, les ouvriers et les patrons versent leur part à un fonds, pour aider les ouvriers à couvrir les risques de maladie. Il en existe deux sortes: le fonds ouvert, auquel tous peuvent contribuer, et le fonds fermé, recrutant ses membres dans une industrie ou dans une profession déterminée, ou parmi les adhérents d'un parti politique ou d'une religion. Ceux-ci ont été populaires en Belgique, ceux-là au Danemark, en Suède et en Suisse.

En principe, le comité s'est montré, à l'unanimité, partisan du plan volontaire. Les raisons en sont évidentes. Un tel plan offre les avantages suivants:

(*a*) Il correspond beaucoup mieux à notre philosophie de la vie;
(*b*) Il sauvegarde la liberté et l'indépendance des hôpitaux catholiques;
(*c*) Il présente des garanties contre l'influence politique;
(*d*) Il assure plus de sécurité aux intérêts professionnels;
(*e*) Il n'est pas sujet à la critique d'un groupe adversaire;
(*f*) Il laisse à la famille la responsabilité de l'hygiène;
(*g*) Il est pratique, ses avantages en matière d'hospitalisation ont été démontrés.

D'un autre côté, le comité connaissait parfaitement les faits suivants:

(*a*) La situation hygiénique actuelle est si mauvaise que le plan volontaire ne réussirait pas sans que la population soit assez instruite pour profiter immédiatement de la coopération volontaire. L'éducation du peuple canadien ne paraît pas très avancée à cet égard.

(*b*) De plus, malgré son désir de participer à un plan volontaire, le petit salarié peut difficilement consacrer quelques dollars par an aux services d'hygiène.

(*c*) Il en résulte que le plan n'engloberait qu'une partie de la population.

(*d*) Dans les périodes de crise économique, le fonds de réserve du plan volontaire peut diminuer, ce qui entraîne la nécessité de hausser les taux de contribution.

(*e*) Enfin, les plans volontaires, en Europe, n'ont presque jamais réussi à résoudre le problème national de l'hygiène de la population pauvre.

Devant ces inconvénients, le comité du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada ne croit pas que les plans volontaires puissent beaucoup avancer les mesures curatives et préventives.

Est-il donc sage de favoriser l'assurance d'Etat, obligatoire?

La fonction de l'Etat est double. En premier lieu, l'Etat doit protéger les citoyens et leurs droits, ensuite il doit contribuer à la prospérité matérielle, intellectuelle et morale. Pour atteindre ces buts, l'Etat ne doit pas recourir à des méthodes arbitraires, mais à des méthodes conformes à la dignité de l'homme. Il ne peut invoquer le prétexte du bien commun pour justifier tous les moyens. Les Soviets se réclament du bien commun du peuple russe, mais leurs moyens ne sont pas acceptables pour nous. Les fascistes italiens prétendent aussi servir le bien commun de leur peuple, mais le système du contrôle de l'Etat par l'intermédiaire des corporations n'est pas acceptable pour nous. Pour protéger la dignité de l'homme, l'Etat doit éviter toute forme de "paternalisme". Autrement, un plan de législation sociale peut facilement devenir *un instrument d'action sociale pour fins politiques*. Donc, malgré les besoins urgents, l'Etat peut instaurer un plan d'assurance-maladie pourvu qu'il respecte les droits et la liberté des individus et des groupes professionnels.

En conséquence, le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada pose des conditions très précises à l'adoption d'une loi d'assurance-maladie.

(*a*) Liberté, pour l'assuré, de choisir ses médecins, ses hôpitaux et ses infirmières;
(*b*) Liberté, pour le médecin, d'accepter un malade;
(*c*) Liberté du médecin en ce qui concerne le traitement;
(*d*) Sauvegarde du secret professionnel;
(*e*) Liberté, pour le médecin, d'entrer dans le système des assurances;
(*f*) Liberté des hôpitaux, dans leur administration;
(*g*) Indépendance des groupes professionnels;
(*h*) Autonomie des associations de médecins, d'hôpitaux et d'infirmières;
(*i*) Nulle action, directe ou indirecte, du gouvernement pour réduire la liberté des hôpitaux.

Pourvu que ces conditions soient observées, le Conseil admet qu'une loi d'assurance-maladie ne socialise pas la médecine. Au contraire, elle aide les pauvres à se procurer des services médicaux, et les hôpitaux et les médecins à obtenir de meilleures rémunérations. Les lois britanniques, françaises et allemandes ont rendu de grands services, et les associations médicales, qui élevaient de vives objections au début, ont fini par se rallier complètement.

Malgré tout cela, les Sœurs redoutent l'intervention politique. Elles craignent l'ingérence du gouvernement dans les affaires des hôpitaux, des médecins et des infirmières et l'inégalité de traitement à leur détriment, car c'est un fait que, jusqu'ici, leurs hôpitaux n'ont pas été traités sur le même pied que les hôpitaux laïcs.

Bien que la majorité des hôpitaux religieux soient favorables au principe du plan d'assurance volontaire, ils se résignent à une loi d'assurance, en raison de la situation hygiénique actuelle, et pourvu que les conditions ci-dessus énumérées soient remplies.

Le Conseil a ensuite discuté si, en cas d'adoption d'un plan obligatoire, ce plan devait être fédéral ou provincial.

En considérant l'article 92 de l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, la recommandation du rapport Sirois et les différences ethniques, culturelles, géographiques et régionales qui existent entre les provinces, le comité du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada est favorable au plan provincial.

Un plan fédéral pourrait prendre l'une des formes suivantes:

(*a*) plan exclusivement fédéral;
(*b*) loi d'autorisation obligatoire;
(*c*) loi d'autorisation facultative, comme celle des pensions de vieillesse.

La loi exclusivement fédérale soulève une vive opposition. Le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada la repousse sans hésiter en raison des prescriptions de l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, de la possibilité d'une ingérence politique, du contrôle bureaucratique d'Ottawa et des difficultés administratives qu'entraînerait le contrôle de diverses régions par un bureau fédéral.

Il repousse également la loi d'autorisation obligatoire qui, en insérant le texte de la loi provinciale dans le texte de la loi fédérale, rend plus difficiles les modifications de la loi provinciale. Le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada est partisan d'une loi d'autorisation facultative, pourvu que la législation, tant fédérale que provinciale, respecte les conditions énumérées plus haut.

Nous pouvons donc conclure que, en principe, le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada n'est pas favorable à une assurance d'Etat exclusivement fédérale ni à une loi d'autorisation obligatoire, mais il accepte la loi d'autorisation facultative, pourvu que les conditions énumérées plus haut soient respectées.

3. PORTÉE DE LA LOI

D'après le projet de la loi d'assurance-maladie, l'un des principes sur lesquels l'assurance-maladie est fondée est qu'elle doit englober la population tout entière. Le but essentiel du gouvernement étant l'amélioration de la santé du peuple, la législation projetée semble devoir s'appliquer à tous.

Le rapport du comité consultatif fournit encore la raison suivante: Si le bill provincial servant de modèle fixe une limite, il faudra que ce soit une simple limite de principe. Une limite convenant au Nouveau-Brunswick ou à la Saskatchewan pourra être totalement inapplicable à l'Ontario ou à Québec. Puisqu'il ne peut y avoir de limite régulière et uniforme, le Dominion devrait adopter le principe d'une application générale, laissant aux provinces le soin de fixer des limites d'application.

Le comité d'assurance-maladie du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada connaît fort bien les raisons invoquées par le rapport. Il propose néanmoins de limiter la portée de la loi, pour trois raisons principales:

(*a*) L'assurance-maladie vise essentiellement à faire face aux risques de maladie pour les groupes de faible revenu;
(*b*) La loi ne doit pas empiéter sur la liberté des médecins et des individus. Ce principe est important, si nous voulons éviter le "paternalisme" d'Etat.

Si les clients ont des moyens suffisants pour se faire soigner, soit à titre individuel, soit en groupes, l'Etat sort de son rôle en intervenant. Il assume une responsabilité qui devrait reposer sur l'individu. De plus, l'Etat n'a pas le droit d'enlever aux médecins la clientèle des gens les plus riches. L'assurance-maladie est un auxiliaire, ce n'est pas un remède universel. Autrement, le même raisonnement s'appliquerait à l'industrie ou aux écoles. Le rendement n'est pas le seul critère du bon gouvernement. Il peut convenir pour une courte période, mais à la longue, il doit céder le pas au respect de la liberté et des droits des individus.

(c) Le troisième argument est tiré des expériences européennes. Presque toutes les lois européennes sont de portée limitée. En France, en Allemagne, en Angleterre, elles sont limitées aux groupes de faible revenu. En France, l'application de la loi est limitée au revenu de $600 pour les cultivateurs, de $720 pour les ouvriers des centres urbains, en ajoutant $80 par enfant. En Angleterre, la limite est de 250 livres sterling ($1,217), en Allemagne elle est de $857.

Après de nombreuses années d'expérience ces pays n'ont pas englobé toute leur population dans l'application de la loi. Très méfiants, ils ont craint la socialisation de la médecine. Une portée générale signifie que tous les individus, tous les médecins, tous les hôpitaux sont mis sous la protection de l'Etat. C'est la raison essentielle pour laquelle le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada est catégoriquement opposé à l'application générale de la loi.

Le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada ne croit pas probable qu'une province accepterait cette limitation de la portée. Au point de vue économique, on ne peut s'attendre à ce qu'une province établisse une limite si la province voisine n'en établit pas. L'industrie et la fiscalité empêcheront aussi cette province de fixer une telle limite. Nous sommes donc en face d'un motif d'ordre économique, assez puissant pour primer un principe de philosophie morale et de bon sens.

En conséquence, notre comité propose une limitation de la portée de la loi, avec une faible marge de différence entre les diverses provinces.

En considérant le tableau des revenus des employés des deux sexes fourni par le rapport Marsh, une limite d'environ $2,000 paraîtrait raisonnable. Pour les personnes chargées de famille, la limite pourrait être élevée, proportionnellement au nombre d'enfants.

GAIN DES EMPLOYÉS DES DEUX SEXES, AU CANADA, 1941

Chefs de famille (hommes)

Gain annuel	Villes			Campagnes		
		Pour cent	Cumulatif		Pour cent	Cumulatif
Moins de $500	114,900	11.8	11.8	103,000	32.2	32.2
$ 500–$ 749	85900	8.9	20.7	48,500	15.1	47.3
750– 999	123,200	12.7	44.4	40,000	12.4	59.7
1,000– 1,249	191,200	20.0	53.4	49,500	15.2	74.9
1,250– 1,499	114,900	12.1	65.5	25,000	7.6	82.5
1,500– 1,999	180,400	19.1	84.6	35,800	10.8	93.3
2,000– 2,499	75,200	8.0	92.6	12,900	3.9	97.2
2,500– 2,999	27,200	2.9	95.5	3,700	1.1	100.0
3,000 et plus	44,800	4.5	100.0	6,000	1.7	100.0
Total	597,700			324,500		

Autres travailleurs du sexe masculin

Gain annuel	Villes			Campagnes		
		Pour cent	Cumulatif		Pour cent	Cumulatif
Moins de $500	219,900	37.6	37.6	203,900	67.3	67.3
$ 500–$ 749	113,400	19.6	57.2	44,000	14.4	81.7
750– 999	90,300	15.7	72.9	22,700	7.4	89.1
1,000– 1,249	76,600	13.3	86.2	17,600	5.6	94.7
1,250– 1,499	30,800	5.5	91.7	6,200	2.0	96.7
1,500– 1,999	32,800	5.8	97.5	7,700	2.4	99.1
2,000– 2,499	9,000	1.6	99.1	1,900	0.7	99.7
2,500– 2,999	2,500	0.4	99.5	400	0.1	99.8
3,000 et plus	2,800	0.5	100.0	500	0.2	100.0
Total	577,600			304,900		

Salariées (femmes)

Gain annuel	Villes			Campagnes		
		Pour cent	Cumulatif		Pour cent	Cumulatif
Moins de $500	279,800	50.0	50.0	107,200	73.4	73.4
$ 500–$ 749	132,600	24.1	74.1	24,300	16.2	89.6
750– 999	76,300	14.1	88.2	10,600	6.9	96.5
1,000– 1,249	36,200	6.7	94.9	3,600	2.3	98.8
1,250– 1,499	12,100	2.3	97.2	1,000	0.6	99.4
1,500– 1,999	11,200	2.1	99.3	800	0.5	99.9
2,000– 2,499	2,800	0.5	99.8	200	0.1	100.0
2,500– 2,999	700	0.1	99.9	.....	....	....
3,000 et plus	500	0.1	100.0	.....	....	....
Total	552,200			147,700		

(Extrait du rapport Marsh)

4. SYSTÈME CONTRIBUTIF

Le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada accepte intégralement le système contributif envisagé dans le projet. Ce système est plus compatible avec la dignité et l'indépendance de l'homme. La prestation devient un droit, non une faveur. Et les bénéficiaires se rendent compte du coût réel des services qu'ils reçoivent.

Mais ces contributions devraient être graduées selon les moyens de l'assuré. Un taux uniforme de $26 sur un revenu de $866 paraît injuste pour le revenu de $1,000, par rapport à celui de $3,000. C'est encore le pauvre qui porte le poids de l'impôt.

Heureusement, le projet est très généreux pour les enfants. Le plan proposé s'applique à la famille entière et répartit le coût sur l'ensemble de la collectivité.

Le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada espère que ces aspects particuliers du projet seront réalisés.

5. LE PROBLÈME DES CENTRES D'HYGIÈNE

Le centre d'hygiène pose un problème spécial, très important pour les hôpitaux catholiques. Cette partie du programme peut sembler insignifiante, mais elle est très importante pour nos hôpitaux.

Le centre d'hygiène est un ensemble d'hôpitaux et d'organismes liés les uns aux autres par contrat et distribuant non seulement des services médicaux, mais aussi des services d'ordre social et économique. Les subventions sont nécessaires à leur perfectionnement. Le plus clair exemple en est peut-être fourni par le centre d'hygiène qui existait en Autriche, avant la guerre. Le gouvernement choisit un seul hôpital comme centre d'hygiène. D'autres hôpitaux spécialisés lui sont affiliés, de tetlle manière que les cas spéciaux leur sont envoyés. Des organismes particuliers pour l'assistance maternelle, le soin des vieillards, le service d'hygiène de l'assurance-chômage, les secours aux enfants, et un centre d'achats, sont tous affiliés au centre d'hygiène.

Ce système augmente graduellement l'efficacité, réduit les frais administratifs et facilite les soins de convalescence.

La rumeur s'est répandue au Canada, particulièrement dans l'Ouest, qu'un pareil centre d'hygiène serait établi dans certaines provinces.

Là encore, il est très important d'insister sur plusieurs points.

Dans un pays de population et d'économie homogènes, un tel centre d'hygiène pourrait être opportun. Mais dans un pays mixte, aux points de vue économique et culturel, il pourrait donner lieu à de sérieuses difficultés. Citons un exemple. Prenez une ville du Manitoba ou de la Saskatchewan où il existe deux grands hôpitaux: un hôpital catholique dirigé par des religieuses et un hôpital non catholique dirigé par des laïcs.

Qui choisira l'hôpital érigé en centre médical? Les religieuses, dépourvues d'influence politique, n'auront probablement pas la préférence.

Même s'il est considéré comme supérieur, l'hôpital dirigé par les Sœurs sera relégué au second rang. Les assurés seront dirigés vers le centre d'hygiène, et en pratique, sous cette pression, ils ne seront pas libres de choisir leur hôpital. C'est pourquoi nous croyons nécessaire de créer des centres d'hygiène catholiques, pour éviter un conflit entre les intérêts confessionnels et non confessionnels.

6. LE PROBLÈME DES INFIRMIÈRES

Les Sœurs dirigent 74 des 175 écoles d'infirmières au Canada. Les infirmières catholiques forment 42 pour cent du nombre total d'infirmières canadiennes.

Les institutions sont très différentes des institutions municipales, surtout au point de vue de la psychologie des soins. Il faut espérer que le système d'assurance-maladie et le texte de la loi qui en guidera l'application tiendront compte de ces institutions, afin d'aider les Sœurs à poursuivre leur noble tâche, à consacrer sans entraves aux malades et aux affligés le dévouement et l'esprit de sacrifice dont elles ont fait preuve dans le passé.

En présumant que l'on tiendra compte de l'observation qui précède, la division du service des infirmières du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada présente les recommandations suivantes:

Il recommande que l'organisation de l'assurance-maladie ne dérange pas l'organisation actuelle du service des infirmières dans les hôpitaux religieux, y compris les hôpitaux où des Sœurs exercent les fonctions d'administratrices, de surveillantes, d'infirmières ou d'instructrices des infirmières.

Pour maintenir la bonne entente avec les fonctionnaires du gouvernement et les autres groupes qui s'occupent de l'assurance-maladie, et pour tenir ces fonctionnaires et autres plus au courant des problèmes des hôpitaux catholiques, nous recommandons que la division du service des infirmières du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada soit représentée dans tous les conseils et dans toutes les commissions des organismes d'assurance-maladie, qu'ils soient fédéraux, provinciaux ou régionaux.

Il est recommandé que toutes les commissions engageant ou dirigeant des infirmières, dans l'organisation de l'assurance-maladie, s'assurent que la qualité des soins, les principes directeurs des services d'infirmières et les conditions de travail dans les hôpitaux des Sœurs soient approuvés tous les ans par la C.N.A. et par la division des infirmières du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada.

Pour assurer une meilleure compréhension de la philosophie appliquée dans les hôpitaux des Sœurs et favoriser de cette manière une meilleure collaboration, nous recommandons que, s'il en existe de disponibles, des religieuses nommées par le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada soient chargées de la surveillance des infirmières dans les hôpitaux des Sœurs. Elles feraient fonctions de directrice associées aux directeurs fédéraux, provinciaux et régionaux du service des infirmières, en ce qui concerne les hôpitaux des Sœurs, avec des pouvoirs semblables à ceux qui sont conférés aux autres infirmières-directrices dans l'organisation de l'assurance-maladie.

Bien que le personnel infirmier, dans les hôpitaux des Sœurs, soit aussi compétent que celui des autres hôpitaux, nous recommandons que les titres exigés soient déterminés non seulement par la C.N.A. mais aussi par la division du service des infirmières du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada.

Nous recommandons que les Sœurs aient le libre choix et le plein contrôle du personnel infirmier de leurs institutions, pourvu qu'elles se conforment aux règles posées par la C.N.A. et par la division du service des infirmières du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada.

Nous recommandons que les règles du service infirmier et les principes dirigeant les conditions de travail des infirmières dans les hôpitaux, dans l'organisation de l'assurance-maladie, soient soumis à l'approbation de la C.N.A. et du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada.

CONCLUSION

Il est très désirable que toute mesure d'assurance-maladie conserve ce qu'il y a de mieux dans l'organisation sociale de nos institutions de charité privée. En conséquence, le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada accepte une législation d'autorisation facultative, pourvu que les conditions spéciales énumérées au présent mémoire soient observées. Il insiste vivement sur la nécessité d'écarter la politique de la direction du plan, en la confirmant à une commission indépendante, responsable devant le lieutenant-gouverneur en conseil, soit directement, soit par l'intermédiaire du ministre de la Santé.

En tenant compte de l'importance des hôpitaux des Sœurs dans tout le Canada, il est très désirable que les Sœurs soient représentées dans les divers comités de l'assurance-maladie, qu'ils soient fédéraux ou provinciaux.

A notre avis, les contributeurs à la caisse d'assurance-maladie devraient être les suivants: (*a*) les assurés; (*b*) les employeurs; (*c*) le gouvernement fédéral; (*d*) les gouvernements provinciaux.

En raison de l'extrême importance de la liberté des médecins, il est très désirable d'étendre l'assurance-maladie aux groupes des petits salariés. Pour les groupes qui jouissent de salaires plus élevés, nous suggérons l'instauration de plans volontaires, collectifs ou coopératifs.

Il convient aussi que, relativement aux projets de construction d'hôpitaux après la guerre, les religieuses soient consultées et protégées.

Toutes ces conclusions sommaires découlent de la philosophie de la vie dans les hôpitaux catholiques.

Monsieur le président, qu'il me soit permis de verser au dossier, sous forme d'appendice, la réponse à une question suggérée par le rapport du Conseil des hôpitaux canadiens, présenté à ce Comité le 9 avril 1943.

APPENDICE

Quelle relation existe-t-il en le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada et le Conseil des hôpitaux canadiens?

Approuve-t il dans son entier le mémoire soumis au Comité?

Le Conseil des hôpitaux canadiens est une fédération composée des associations provinciales, interprovinciales et régionales des hôpitaux canadiens et dont font partie les associations régionales du C.H.C.C.

Le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada est une association d'hôpitaux catholiques ayant pour objectif leur avancement temporel et spirituel. Il existe une bonne mesure de collaboration et d'entente entre ces deux organisations. Relativement aux questions purement techniques, le C.H.C.C. et le C.H.C. s'entendent parfaitement. Là où il y a différence, c'est sur la philosophie et la raison d'être des hôpitaux. De fait, le C.H.C.C. approuve la plupart des propositions du docteur Agnew.

Il approuve les points suivants:

1. Il y aurait lieu d'utiliser des hôpitaux bénévoles.
2. L'hospitalisation devrait se faire par l'intermédiaire des hôpitaux publics.
3. Les prestations hospitalières devraient être suffisantes.
4. Les installations devraient être à la disposition de tous les malades.
5. Le plan devrait pourvoir à l'hospitalisation du pauvre.

Il serait à propos d'informer le Comité de la sécurité sociale qu'à mesure qu'il poursuit ses délibérations, certains spécialistes du dehors changent d'avis relativement à l'assurance-maladie. On m'informe qu'en Alberta, au Manitoba, en Nouvelle-Ecosse, certains médecins éminents, directeurs de grands hôpitaux, qui, il y a deux ans, étaient en faveur de l'assurance-maladie, ont maintenant des doutes très sérieux sur son succès. Les évêques de l'Ouest canadien exhortent les hôpitaux catholiques à sauvegarder leur liberté et leur indépendance.

En conséquence, il incombe au gouvernement fédéral de se conformer à deux obligations: celle de respecter l'autonomie des provinces et celle d'empêcher certaines provinces d'empiéter sur le caractère et la philosophie de nos institutions catholiques.

En conséquence, il pourrait être nécessaire d'insérer dans le projet de loi certaines restrictions à l'effet d'empêcher les provinces d'agir arbitrairement à l'égard de nos institutions catholiques.

En vue d'éviter les malentendus et les difficultés, il serait opportun de poser certains principes fondamentaux que devront reconnaître les différentes provinces canadiennes, laissant aux provinces de déterminer la manière d'appliquer la loi.

Nous savons que le comité du docteur Heagerty a accompli sa tâche avec la plus grande prudence et le plus grand soin. Ce comité, dans l'accomplissement de cet immense travail, a fait preuve d'un véritable esprit scientifique d'un grand sens de l'objectivité et du réalisme, en consultant les différents groupes. Malheureusement, la direction du plan deviendra le point de mire de la critique politique et il est possible que les principes préconisés soient sacrifiés. En conséquence, beaucoup de gens, favorables à l'idée, craignent qu'un instrument social aussi utile ne devienne un instrument d'action politique.

6. Les personnes à la charge de l'assuré devraient être comprises.

7. La rémunération des hôpitaux devrait être suffisante.

8. La base de rémunération devrait être équitable pour toutes les parties intéressées.

9. Les hôpitaux devraient conserver le droit de déterminer leurs propres privilèges en matière de personnel.

10. Les assurés devraient avoir le privilège de prendre avantage de facilités d'un prix plus élevé en payant la différence dans les taux.

11. L'administration du plan devrait être tenue strictement en dehors de la politique.

12. Les hôpitaux devraient être représentés auprès de la commission ou du conseil consultatif.

13. La cause d'assurance-maladie devrait être à base de contributions.

Le C.H.C.C. approuve aussi les recommandations générales relatives à la médecine préventive, aux recherches, à la divulgation des données cliniques. Il recommande aussi l'hospitalisation bénévole et les soins médicaux pour ceux dont le revenu est au-dessus du niveau établi.

Toutefois, le C.H.C.C. insiste pour que

(*a*) le plan soit à base provinciale avec subventions fédérales; le Conseil ne veut pas d'un plan commun, national, empiétant sur l'autonomie des provinces. Il y aurait peut-être une exception: le pouvoir fédéral pourrait peut-être intervenir lorsqu'une loi provinciale menace l'indépendance ou l'autonomie des institutions confessionnelles;

(*b*) le plan s'applique aux groupes des petits salariés;

(*c*) les hôpitaux des religieuses soient protégés sur deux points: les "centres médicaux" et "les projets de restauration d'après-guerre".

Le Conseil des hôpitaux catholiques du Canada désire vous exprimer de nouveau sa gratitude pour cette occasion de comparaître devant ce Comité et

formuler son désir de collaborer à l'établissement d'un plan de soin de la santé susceptible d'être d'un avantage durable pour le malade et d'améliorer la santé dans le Dominion du Canada.

En terminant, monsieur le président, permettez-moi d'ajouter que le Conseil des hôpitaux catholiques vous sait gré, à vous et l'hon. Ian Mackenzie de lui avoir permis de comparaître devant ce Comité pour exposer ses vues et formuler des critiques nécessaires pour éclairer les membres du Comité.

Encore une fois, recevez mes remerciements et soyez assurés de l'entière collaboration du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada.

M. Howden:

D. J'aimerais revenir sur les observations que fait le témoin à la page 13: "Malgré tout cela, les Sœurs redoutent l'intervention politique. Elles craignent l'ingérence du gouvernement dans les affaires des hôpitaux..." Le témoin voudrait-il développer quelque peu ce point? Je ne vois rien dans notre projet de loi qui puisse suggérer une immixtion de quelque nature que ce soit dans les affaires d'un hôpital quelconque, catholique ou privé.—R. Monsieur le président, permettez que je réponde sous forme de distinction entre la lettre et l'application de la loi. De fait, le projet de loi pourrait être inoffensif, mais il n'est pas garanti qu'on ne s'en écarterait pas dans son application. Comme vous le savez, sans doute, monsieur le président, une chose peut paraître facile en théorie et comporter des difficultés sérieuses en pratique, en raison de pression politique. Maintenant, il m'est plutôt difficile de donner des faits, néanmoins je puis dire que dans bien des circonstances les Sœurs n'ont pas été traitées sur un pied d'égalité. Monsieur le président, je crois que le projet est acceptable pourvu qu'on y apporte certaines modifications; néanmoins, nous le redoutons parce que nous ne savons à quoi nous en tenir relativement à ceux qui seront chargés de l'application de la loi.

D. Je désire déclarer que bien que je sois protestant, j'ai fait partie de l'exécutif d'un grand hôpital catholique de l'Ouest, pendant bien des années. Je ne crois pas que cet hôpital ait jamais été victime d'injustice ni qu'il y ait eu de distinction dans la manière de traiter l'hôpital de St-Boniface, dans la province de Manitoba, et celle de traiter l'hôpital général de Winnipeg ou tout autre hôpital de la province. Jusqu'à maintenant, les Sœurs ne se sont jamais plaintes, que je sache.

M. Donnelly:

D. Au bas de la page 13, le témoin dit: "...car c'est un fait que, jusqu'ici, leurs hôpitaux n'ont pas été traités sur le même pied que les hôpitaux laïcs." J'aimerais savoir sur quoi s'appuie une telle allégation?—R. Monsieur le président, je n'aime pas du tout donner des noms ni faire des précisions, néanmoins, je puis dire qu'à l'égard des gardes-malades, par exemple, on n'a pas, en certaines circonstances, fourni aux Sœurs l'occasion de faire valoir leurs droits. Cela n'est pas le résultat d'animosité personnelle, pas du tout. Les choses peuvent être parfaites dans le cas cité par le docteur Howden, mais il y a d'autres hôpitaux et nous devons faire en sorte de prévenir les difficultés avant que la loi soit adoptée. C'est affaire de prudence.

M. McGREGOR: Le témoin voudra-t-il nous dire où, dans l'Ouest, il y a actuellement ingérence politique relativement aux hôpitaux?

Le TÉMOIN: Je ne saurais répondre à cette question.

M. SHAW: Le témoin a appuyé sur la nécessité de rendre le plan accessible aux petits salariés. Il a aussi déclaré plus loin que des services supplémentaires devraient être accessibles à ceux qui peuvent payer pour ces services. A mon sens, si l'on rend un plan tel que celui-ci accessible aux personnes dont le revenu est très faible, le financement en sera virtuellement impossible, et le plan sera vraisemblablement voué à la faillite. Je ne vois pas quelle objection vous puissiez

avoir à ce que le plan s'applique à tout le monde pourvu que des facilités et des services supplémentaires ou spéciaux soient disponibles pour ceux qui sont en état de payer pour ces facilités et services supplémentaires. Pourriez-vous élaborer vos raisons?

Le TÉMOIN: Monsieur le président, cette objection est très sérieuse. La plupart des gens croient que pour qu'il soit possible de financer un plan d'assurance-maladie il faut qu'il soit accessible à tout le monde, ce qui rend possible l'obtention de l'argent nécessaire à son financement. Est-ce exact?

M. SHAW: Je crois que c'est exact, d'une manière générale.

Le TÉMOIN: Je dois, ici, faire une distinction. Lorsqu'il s'agit d'assurance-maladie, deux problèmes se posent: le premier est affaire de principes et l'autre a rapport à l'application. Or, si l'on considère la question de principe, on constate que l'assurance-maladie est, par définition, une aide à l'individu. L'assurance-maladie est, par définition, un moyen fourni par l'Etat et qui permet à l'individu de se prémunir contre le danger—danger de maladie, de chômage ou de vieillesse—chose qu'il ne pourrait faire par lui-même. Si je rends le plan accessible à tous les individus, cela veut dire qu'il sera accessible non seulement à ceux qui sont incapables de se prémunir contre le danger, mais aussi à ceux qui sont en état de le faire, mettant ainsi la population entière sous la protection de l'Etat. En matière d'assurance-maladie, il est extrêmement important d'éviter le paternalisme d'Etat; nous devons respecter la liberté de l'individu et, si le médecin a des clients qui ont les moyens de payer, il devrait pouvoir les garder. On dira peut-être: et la finance, qu'en faites-vous? Pour financier tout le plan d'assurance-maladie, ne pourriez-vous pas faire appel au fonds de réserve du Dominion, les impôts? Vous pouvez dire: "Peu nous importe le principe, pourvu que nous obtenions l'argent." Notre philosophie nous interdit d'admettre une telle attitude. D'abord, avant la loi, nous devons énoncer certains principes et puis appliquer la loi pour sauvegarder ces principes. Par conséquent, je dis que pour sauvegarder la liberté des médecins et des particuliers, nous devons d'abord venir en aide aux petits salariés; puis, si c'est nécessaire, nous essaierons de prévoir le cas de ceux qui ont de plus gros revenus par des plans facultatifs ou des plans collectifs. Mon idée principale est que le principe vient avant l'application de la loi, et qu'il faut modifier votre système financier ou vos plans économiques de manière à préserver le principe.

M. SHAW: Si je comprends bien, un plan d'assurance globale n'empêcherait pas l'individu de payer davantage pour certains services, s'il le désire, ou d'obtenir des services supplémentaires à ses frais. Je ne vois pas là de violation de principe; nous ne disons pas à l'individu: "Vous devez souscrire complètement à certaines conditions", mais nous le laissons libre d'aller plus loin que la simple contribution pour aider au financement qui va être un des principaux problèmes de notre plan. Je ne crois pas que nous touchions au principe essentiel que vous avez mentionné.

M. LALONDE: Monsieur le président, on vient de faire allusion à des interventions politiques dans l'application de la loi. Vraiment, je ne sais pas ce qui s'est passé dans d'autres provinces, mais je tiens à souligner le fait que notre plan d'assurance-maladie n'est pas entièrement exempt d'intervention politique ou de la menace d'intervention politique, et s'il ne l'est pas je ne suis pas tout en faveur de l'assurance-maladie. Par conséquent, je suis de l'avis du témoin quand il dit qu'il faut soigneusement prendre garde à l'intervention politique au sujet du projet de loi. Je vais vous donner un exemple concret dans ma propre province. Je ne parle pas comme catholique—pas du tout—je parle à titre de membre du Comité qui étudie soigneusement la question. En 1936, le gouvernement provincial de la province de Québec est tombé entre les mains de M. Duplessis, et qu'est-

il arrivé? Dans ma propre ville, nous avons un petit hôpital soumis à la juridiction provinciale et les interventions politiques ont fini par nuire à son bon fonctionnement. Dans le projet de loi, si je suis bien renseigné, les autorités provinciales auront le droit de nommer des comités, des commissions, etc. Monsieur le président, si la politique entre en jeu quand il s'agira de faire ces nominations, alors je ne suis pas en faveur du bill. Cet exemple concret—je ne cite pas de noms—mais cet exemple concret me porte à croire que le témoin a raison de s'élever vigoureusement contre toute intervention politique et qu'il devrait avoir l'appui et l'approbation des membres de ce Comité. Par exemple, j'ai eu à une certaine époque le patronage du comté de Labelle et j'avais en main une lettre du secrétaire provincial de l'époque demandant une subvention pour l'hôpital de ma ville, mais immédiatement après le changement de gouvernement, cette subvention a été refusée pour des raisons politiques. Je suis donc en faveur, non seulement au nom des hôpitaux catholiques, mais comme question de principe, de la proposition du témoin à l'effet d'interdire toute intervention politique dans le plan. C'est là mon opinion, monsieur le président, et j'espère qu'elle est partagée par la grande majorité de nos membres.

M. HOWDEN: Je suis entièrement d'accord avec notre collègue. Je conviens qu'il ne devrait pas y avoir d'intervention politique ni aucune distinction entre les hôpitaux laïques et les hôpitaux catholiques; mais je voudrais des renseignements plus précis et plus concrets sur le genre d'intervention politique dont il pourrait s'agir. Est-il question d'éloigner les malades de certains hôpitaux? Comment pourrait-il y avoir d'intervention politique dans ce cas? Je voudrais qu'on m'éclaire à ce sujet. Je crois que nous devrions en venir aux faits réels, parce que c'est un point très important. Il ne devrait y avoir aucune intervention politique, aucune distinction entre les gens; étudions la question maintenant et rendons-nous compte de la forme que prendra cette distinction.

M. LOCKHART: Monsieur le président, j'ai eu des rapports avec les hôpitaux de l'Ontario et je suis complètement en faveur d'un plan pour tout le Dominion; à ce titre, il me semble qu'il y a eu peut-être dans certaines parties isolées du Canada des influences nuisibles exercées dans certains cas. Maintenant, d'après ma propre expérience et avec quelque connaissance du traitement accordé aux malades dans de nombreuses parties du Canada, je ne crois pas que nous devions considérer les choses avec un esprit de clocher, et si des abus comme ceux qu'on vient de suggérer existent dans certains endroits, il me semble qu'on devrait faire un bon nettoyage, mais qu'il ne faudrait pas en déduire qu'il en est ainsi dans toutes les parties du pays. Je maintiens que ce nettoyage devrait avoir lieu partout où il existe des cas isolés de ce genre tout en s'assurant que soit suivi le plan général proposé à notre Comité en vue d'une organisation pour l'ensemble du Dominion. Je crains, monsieur le président, que nous ne nous laissions entraîner dans un cul-de-sac en discutant des cas locaux au lieu de nous en tenir au grand succès dont nous espérons que le plan sera couronné.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, ma spécialité n'est pas la politique. Je dois laisser le problème d'intervention politique à nos représentants canadiens-français, M. Lalonde ou M. Blanchette. En vertu de ma profession je dois éviter de faire de la politique, mais on m'a demandé un exemple et je vais essayer de vous donner une démonstration au moyen d'un exemple, et d'en venir à des faits réels, selon l'expression du docteur Howden. En ce qui concerne la construction d'un hôpital, qui décidera? Qui délimitera la zone du nouvel hôpital? Qui décidera si l'hôpital sera dirigé par des religieux ou des laïques? Cela vous donne une idée de ce que je veux dire par intervention politique.

M. MACINNIS: Monsieur le président, comme je n'ai jamais été distributeur de patronage politique, je n'ai pas éprouvé les difficultés dont se plaint mon ami, mais je crois que nous voyons des difficultés où il n'y en a pas, ou bien si ces

difficultés existent, il est impossible de les surmonter en prétendant qu'elles n'existent pas. Par suite des inégalités économiques qui existent au pays, l'Etat a été obligé de s'occuper de la santé publique, et la santé publique ne peut pas être sauvegardée sans intervention d'Etat. L'intervention de l'Etat implique l'intervention politique; mais je crois que l'opposition manifestée à l'égard de l'intervention politique ou les craintes d'intervention politique viennent de certaines institutions qui désirent se faire aider par l'Etat sans se soumettre à son contrôle, et cela est impossible. Dans ma province de la Colombie-Britannique—je ne suis pas très partisan du gouvernement—nous avons un asile d'aliénés, et je trouve que malgré l'intervention politique qui peut exister, le personnel a une très haute idée de son devoir envers le public. Il me semble que le moyen de surmonter ces différences politiques est d'augmenter ou de perfectionner notre philosophie sociale plutôt que d'ériger des barrières contre les relations dans des affaires auxquelles l'Etat doit nécessairement prendre part.

M. JOHNSTON: J'aimerais dire un mot au sujet du principe de la santé. Je déduis de ce que vient de dire le témoin, et je crois que c'est vrai en général, que le principe tout entier de la sécurité sociale est basé sur la santé et sur l'idée que nous devons avoir une nation en meilleure santé, et que c'est ce qui fait la base de ce projet de loi. Je ne peux pas accepter un chiffre-limite de $2,000 comme le propose le témoin. Cela tendrait à faire croire que ceux qui gagnent plus de $2,000 jouissent d'une meilleure santé que ceux dont les revenus sont inférieurs à $2,000, et je ne crois pas qu'il en soit ainsi. C'est un point que je ne discuterai pas. A la page 8, je trouve une déclaration spécifique que je vais citer maintenant. Le témoin dit: "'La manière logique de résoudre le problème est de compléter l'insuffisance des salaires par l'assurance sociale. Par ce procédé, les ouvriers mettent en commun certaines ressources pour faire face à certains risques de l'existence, tels que le chômage, la vieillesse et la maladie. Nous pourrions en théorie, donner à l'ouvrier un taux de salaire suffisant pour couvrir ces risques, mais malheureusement les conditions économiques et industrielles ne le permettent pas".

A mon avis, s'il en est ainsi, c'est le problème économique que nous devrions résoudre et non pas celui dont nous nous occupons en ce moment. Le témoin continue: "D'où la nécessité de protéger l'ouvrier par la sécurité sociale. Cette nécessité est essentiellement fondée sur la justice et la charité". Eh bien, je fais objection à cette dernière phrase, je m'y oppose énergiquement; il ne devrait pas y avoir le moindre soupçon de charité dans cette loi. C'est pourquoi je suis fortement opposé aux chiffres-limites pour fins de prestations sous le régime de cette loi. J'estime que tout le monde devrait jouir des mêmes privilèges et être soumis aux mêmes obligations pour les obtenir; parce que je pense que nous ne devrions pas donner à nos gens, surtout à ceux qui ne gagnent pas beaucoup, l'impression qu'ils sont forcés d'accepter la charité.

L'hon. M. MACKENZIE: Il me semble que le mot "charité" est employé ici dans un sens différent. A mon avis, il a plutôt le sens de bonté ou de bienveillance, et non pas d'aumône.

Quelques DÉPUTÉS: Oui.

M. JOHNSTON: Cela signifie la même chose, monsieur le ministre. Je pense que lorsque les gens font l'objet de cette bienveillante aumône, c'est pratiquement la même chose; et en général les gens ne veulent pas accepter cela. Pour ma part, je m'y opposerais fortement. J'estime que le plan devrait être établi sur de telles bases que tout le monde soit traité sur le même pied sans distinction de classe. Je m'oppose fortement à l'imposition d'un chiffre-limite sur les revenus et à une distinction en faveur de services spéciaux; que les gens aient des services spéciaux s'ils les désirent, mais le plan ne devrait pas reposer sur cette base.

M. GERSHAW: Nous venons d'entendre un exposé très clair. Mais il y a un point sur lequel je voudrais que le témoin nous donne quelques éclaircisse-

ments s'il a réfléchi sur le sujet. A la fin de la page 19 il dit: "Mais ces contributions devraient être graduées suivant les moyens de l'assuré. Un taux uniforme de $26 sur un revenu de $866 paraît injuste pour le revenu de $1,000 par rapport à celui de $3,000. C'est encore le pauvre qui porte le poids de l'impôt". Comment propose-t-il d'échelonner les contributions? Veut-il les établir d'après l'échelle de l'impôt sur le revenu, fixer des taux très bas pour tout le monde, ou essayer de s'enquérir des moyens financiers de tous les chefs de famille?

Le TÉMOIN: Monsieur le président, je vais répondre aux deux questions, si vous le permettez—la première au sujet de justice et charité et la deuxième sur la manière de graduer l'impôt. D'abord, au sujet de justice et charité; comme l'honorable ministre vient de le dire, le mot "charité" pourrait induire en erreur; parce que la justice implique deux sens ou deux caractéristiques. Il y a le genre de justice qui donne à l'individu ce qui lui revient. Mais il y a un autre genre de justice tempérée par la charité, et j'espère qu'il existe dans le cœur de toute personne qui fait partie du gouvernement. Quand cette personne a un devoir social à remplir et quand elle voit la nécessité de venir en aide au public, est-ce qu'elle agit simplement au nom de la justice ou en vertu de justice tempérée de charité?

M. JOHNSTON: C'est de la charité du cœur; l'autre est de la charité financière. Ce sont deux choses différentes.

L'hon. M. MACKENZIE: Je croyais qu'il n'y avait pas de charité en finance, monsieur Jonhston.

Le TÉMOIN: La deuxième difficulté mentionnée par le membre du Comité est la graduation de l'impôt. Malheureusement je n'ai pas les renseignements mathématiques voulus pour vous donner une réponse exacte Mais je peux dire qu'il est possible de fixer un impôt proportionnel pour chaque catégorie de revenu. Naturellement, dans le plan allemand, vous avez une clause proportionnelle basée sur le salaire; dans notre loi sur l'assurance-chômage vous avez également une clause porportionnelle basée sur le salaire. La graduation de l'impôt n'est pas impossible...

M. Howden:

D. Puis-je poser une question au Révérend Père sur un passage de la page 16:—

> La loi ne doit pas empiéter sur la liberté des médecins et des individus. Ce principe est important si nous voulons éviter le paternalisme d'Etat.

Je vois que le témoin et ceux au nom de qui il parle s'opposent par cette clause à la portée générale du projet de loi. Je vais lui poser une question. Si la loi s'appliquait à tout le monde, ne la trouverait-il pas injuste pour les gens aisés qui resteraient en dehors de la loi et qui emploieraient leur propre médecin et qui paieraient les services qu'ils veulent se procurer, s'ils préféraient cela aux services offerts par la loi?—R. Pour rester d'accord avec l'exposé que je viens de soumettre, disons d'abord qu'une loi s'appliquant à tout le monde comprendrait les médecins, les hôpitaux et les clients. Deuxièmement, le client pourrait être libre de rester en dehors de la loi et agir à son gré, mais néanmoins le gouvernement aurait une tendance à favoriser le paternalisme d'Etat par l'inclusion de tous les individus. Voici un exemple. Supposez que les groupes à gros salaires soient inclus dans le plan; le médecin de ces gens-là est également relié au gouvernement; ses services dépendent de la loi sur l'assurance. C'est pour cela que je préfère, en principe, que le gouvernement intervienne aussi peu que possible. Je propose cela comme principe. A titre de représentant de mon comité, j'estime que l'Etat ne doit intervenir que lorsque les individus ou les groupes sont incapables de faire la besogne. S'ils en sont incapables, que l'Etat s'en charge. Tel est le principe général: pas de paternalisme d'Etat.

M. Lalonde:

D. Intervention indue,—intervention non justifiée?

M. Howden:

D. Révérend père, dois-je comprendre que vous n'êtes pas d'avis, disons, de faire payer les gens riches pour les services mis à la disposition des gens moins fortunés?—R. Non. Je ne m'y oppose certainement pas, parce que nous serons obligés de taxer les gens riches pour financer ce plan d'assurance. Mais la méthode sera différente, et cela est extrêmement important. C'est pour cela que je reviens à ma première réponse. Quand vous avez une loi sanitaire de ce genre, fixez d'abord vos principes pour vous guider dans les clauses de la loi. Supposez que vous imposiez une petite taxe aux gens à petits salaires. Vous n'arriverez pas à payer vos frais. Alors, taxez les gens plus fortunés au moyen de l'impôt ordinaire sur le revenu, et prenez une partie de l'impôt sur le revenu pour couvrir les frais ou le coût de l'assurance-maladie.

D. Supposons que cela revienne tout simplement à un impôt sur le revenu.—R. Alors vous adoptez le plan de la Nouvelle-Zélande, pour ainsi dire, au moyen duquel une caisse générale de sécurité publique pourvoit à tous les risques des individus. Mais là également vous avez une manifestation de paternalisme d'état. Avant tout, il ne faut pas oublier que la Nouvelle-Zélande n'est pas un Etat comme le Canada parce qu'elle n'a pas de provinces. Par conséquent, un impôt général signifie, indirectement, protection d'Etat. Je serais fortement opposé à une taxe générale, car ce serait une forme de charité étatisée et c'est ce qu'il faut absolument éviter. Grâce à l'assurance sociale, l'individu met de l'argent de côté pour couvrir un risque défini. Autrement on est destiné à vivre "aux crochets du gouvernement".

M. MacInnis: Je voudrais revenir sur le point où il est dit que si nous avions une taxe pour l'assurance-maladie, ce serait de la charité. A travers tout le Canada, nous avons des écoles publiques qui sont financées au moyen d'une taxe générale. Sûrement, personne ne songera à dire que l'école publique est une charité à l'endroit des pauvres gens. Le principe de l'école publique n'est-il pas basé sur le principe qu'une personne ignorante est une menace pour la société mais que par contre, celle qui a reçu de l'instruction est un actif important pour le pays, et, qu'en conséquence la société donne l'instruction à l'individu? Notre assurance-maladie ne sera t-elle pas basée sur le même principe, savoir: qu'un homme malade est une menace pour la société et qu'un homme, qu'une femme, qu'un enfant en santé sont un actif? Alors la société se taxe elle-même ou en d'autres termes répartit son revenu de façon à prendre soin du malade. Souvenons-nous de cela. A la page 18 du mémoire, je crois, figurent les salaires payés au ouvriers du Canada. S'il existe un fonds commun pour financer la loi d'assurance-maladie, ce fonds commun a été rendu disponible par le travail insuffisamment rétribué de ces petits salariés et, par conséquent, ils ne retirent pas la moitié de ce qui leur revient. Si l'on entreprend de les diviser en deux classes, les riches et les pauvres, on constatera peut-être qu'ils laisseront entendre qu'ils ne sont pas satisfaits de cet état de choses et qu'ils absorberont tout.

M. Shaw: Je n'ai qu'une remarque à faire. Voici ce que je prétends: s'il convient au gouvernement de s'imposer à l'individu qui fait partie de la catégorie des petits salariés, il convient également au gouvernement de s'imposer à l'individu qui touche un salaire élevé. La plus grande partie de la population du Canada fait partie de la catégorie de petits salariés et, en fin de compte, cela peut être causé par la politique économique que l'on peut rattacher à la politique du gouvernement. Je déclare catégoriquement que si l'on peut imposer des conditions à l'individu à faible revennu, on peut imposer les mêmes conditions à celui qui touche un revenu élevé, particulièrement, dans les conditions actuelles se rapportant au projet d'assurance-maladie.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, si je comprends bien, le point soulevé est basé sur la nécessité pour l'Etat de se substituer aux individus. Nous ne devons pas oublier les deux fonctions du gouvernement: la première, de protéger les droits de l'individu—ce qui est très important—et la seconde, de favoriser la prospérité intellectuelle, physique et morale. Par conséquent, si nous prenons comme hypothèse que le gouvernement doit tout faire, les questions proposées sont entièrement justifiées. D'autre part, si le gouvernement doit faire ce que l'individu ne peut pas faire, c'est une proposition tout à fait différente, car alors, le gouvernement n'agit pas comme substitut mais comme aide. Suivant moi, le gouvernement ne doit pas agir en substitut mais venir en aide, car autrement, cela peut donner lieu à de fausses théories politiques. Je pourrais vous citer la loi d'assurance-maladie allemande. Selon le professeur Brünning "la loi d'assurance-maladie, sous tout gouvernement peut être une bonne chose pourvu que le gouvernement soit stable". Nous savons tous ce qui arrive en Allemagne nazie. Les nazis ont pris charge de la loi d'assurance-maladie. Ils prennent en charge toutes les méthodes de sécurité sociale comme moyen de domination. C'est pourquoi je dis que le paternalisme d'Etat au lieu d'être un instrument d'action sociale, est un instrument d'action sociale avec fins politiques.

M. Shaw:

D. Nous sommes toujours exposés à ce danger dans tous les domaines de l'activité?—R. Oui. Mais, monsieur le président, si nous pouvons l'éviter, faisons-le.

M. MACINNIS: Je désirerais poser une question au témoin. Il a déclaré que l'une des fonctions du gouvernement était de protéger les droits de l'individu. Considérant le nombre des petits salariés au Canada, le nombre de ceux qui ne peuvent pas se donner le confort et les petits plaisirs de la vie, ne croit-il pas que le gouvernement a failli à la tâche en ne protégeant pas leurs droits et en n'exerçant pas une de ses fonctions?

M. LALONDE: Vous devriez poser cette question au ministre.

Le TÉMOIN: Je préférerais laisser l'honorable M. Mackenzie répondre à cette question.

L'hon. M. MACKENZIE: Je soumettrai le point à la Chambre des communes.

M. JOHNSTON: Puis-je me permettre une remarque au sujet de l'allégation du témoin à l'effet qu'il incombe à l'Etat de protéger les droits de l'individu, ce dont je conviens. En ce qui concerne la loi à l'étude, le témoin se préoccupe surtout du fait que l'Etat doit protéger les petits salariés parce qu'ils ne peuvent se subvenir à eux-mêmes, que son ingérence doit être réduite au strict minimum mais qu'elle doit quand même s'exercer jusqu'à ce que les revenus des intéressés leur permettent de se subvenir à eux-mêmes. Pour moi, il ne s'agit pas tant d'un problème de sécurité sociale qu'un problème de sécurité économique; et tant que les gouvernements n'auront pas définitivement établi des conditions économiques faisant gravir aux petits salariés des échelons plus élevés, il me semble qu'il faudra traiter tout le monde sur le même pied. Comme j'interprète ce que le témoin a dit, il s'agit d'un problème économique et il faudrait s'efforcer de procurer la sécurité économique à tous ces individus. Il y a deux problèmes distincts.

Le TÉMOIN: La question proposée est extrêmement importante car vous embrassez deux problèmes: l'un à portée immédiate et l'autre à portée lointaine. Je crois que le problème de législation sociale est en premier lieu un problème à portée immédiate. Je crois que si un gouvernement devait mettre en vigueur une loi de sécurité sociale sans prendre en considération la question des prix, de la production, de l'agriculture, de la distribution des ressources, ce serait une erreur formidable. Le groupe des petits salariés, au lieu de diminuer, ne ferait que s'accroître. Par conséquent, je pourrais dire ceci: en matière de sécurité sociale

ou d'assurance-maladie, laissons le gouvernement prendre soin d'un aspect de la question, l'aspect à échéance lointaine—qui serait la question des prix ou le relèvement du niveau de vie—et l'aspect à portée immédiate au moyen de la législation sociale. Nous ne pouvons pas attendre des années et des années pour élever le niveau économique de vie et laisser les individus mourir et dépérir. Je dis donc que les deux politiques vont très bien de pair.

M. Fulford:

D. Nous ne semblons pas avancer rapidement dans notre discussion de ces principes économiques. Je désirerais poser une question sur un point tout à fait différent. A la page 24 nous lisons:

> Bien que le personnel infirmier, dans les hôpitaux des Sœurs, soit aussi compétent que celui des autres hôpitaux, nous recommandons que les titres exigés soient déterminés non seulement par la C.N.A. mais aussi par la division du service des infirmières du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada.
>
> Nous recommandons que les Sœurs aient le libre choix et le plein contrôle du personnel infirmier de leurs institutions, pourvu qu'elles se conforment aux règles posées par la C.N.A. et par la division du service des infirmières du Conseil des hôpitaux catholiques du Canada.

N'est-ce pas la pratique générale suivie dans les hôpitaux catholiques? Je ne crois pas qu'il n'y ait quoi que ce soit dans la loi projeté qui fasse prévoir quelque ingérance. Ce n'est certainement pas l'intention de la loi d'imposer à un hôpital catholique des infirmières dont il ne veut pas.—R. Monsieur le président, si Sœur Allaire était ici, elle pourrait vous citer le cas de certains hôpitaux où des infirmières ont empiété sur les attributions des religieuses. C'est pour cette raison, en vue de les protéger, que l'on nous a conseillés d'avoir des infirmières sur conseil.

Le VICE-PRÉSIDENT: D'autres questions?

M. Howden:

D. Une chose m'a frappé alors que nous parcourions le rapport. C'est à la page 21, alors que le révérend Père discutait la question des hôpitaux constitués en centres d'hygiène. Au second paragraphe, du bas de la page, il dit:

> Qui choisira l'hôpital érigé en centre médical? Les religieuses dépouillées d'influence politique n'auront probablement pas la préférence.

Alors que nous poursuivions la lecture, je me suis souvenu que, dans l'Ouest, au mieux de ma connaissance, nous avons été très heureux de bénéficier de tout hôpital que les religieuses ont offert de construire dans les banlieues pour les services de ces centres médicaux. Je me demandais si l'association des hôpitaux catholiques avait eu à souffrir de discrimination par rapport à ces hôpitaux érigés en centres d'hygiène?—R. Monsieur le président, je ne saurais donner une réponse catégorique à la question de M. Howden. On m'a dit que deux surintendants d'hôpitaux avaient changé d'avis au sujet du problème d'assurance-maladie. Ils craignent les résultats. Si le gouvernement provincial n'est pas favorable aux hôpitaux catholiques, vous pouvez comprendre la difficulté, si nos hôpitaux n'ont pas de protection. Il se peut que le cas ne soit pas semblable pour le Manitoba.

D. Les gouvernements provinciaux leur sont favorables.—R. Je sais qu'il en est ainsi en Saskatchewan. En Alberta, les surintendants craignent. Ce qui veut dire qu'il nous faut être très prudents sous ce point, si les surintendants changent d'avis.

Le VICE-PRÉSIDENT: Y a-t-il d'autres questions? Sinon, je tiens à remercier le père Bouvier pour le magnifique exposé qu'il nous a fait ce matin. Je ne crois

pas que le Conseil des hôpitaux ait fait erreur en le déléguant pour nous présenter son mémoire. Si c'est le désir du Comité, nous allons maintenant ajourner à mardi prochain alors que nous recevrons une organisation française, la Confédération des travailleurs catholiques du Canada. La seconde délégation sera celle des ostéopathes. Ce sera mardi prochain à 11 heures.

M. FAUTEUX: Avant de procéder à l'ajournement, je désirerais faire une remarque. Je ne crois pas que nous puissions avoir une idée parfaite du projet d'assurance-maladie, si nous n'étudions pas la question des taudis qui, comme vous le savez, sont responsables de maladies telles que la tuberculose. Je désirerais savoir si c'est l'intention du Comité d'entendre des experts sur ce sujet.

Le Dr HEAGERTY: Monsieur le président et messieurs les membres du Comité, de nombreuses études ont été faites sur les taudis au Canada et en d'autres pays. J'ai préparé un mémoire à ce sujet pour l'honorable M. Mackenzie. Ce mémoire traite du taux de la mortalité dans les districts à logements pauvres, surtout en Angleterre. Il sera mis à la disposition du Comité. Si c'est le désir du Comité d'entendre des experts sur cette question, c'est très bien. Mais je serais heureux de fournir au Comité tous les renseignements que le comité consultatif possède sur cette question.

M. FAUTEUX: J'insiste, monsieur le président, parce qu'il y a quelques jours j'ai reçu une lettre d'un courtier. Comme vous le savez tous, je représente la division Ste-Marie de Montréal. Une partie de ma division comprend un district très vieux de la cité et, je puis ajouter, très pauvre. Il y a quelques semaines, après la campagne de l'Emprunt de la Victoire, j'ai reçu une lettre d'un courtier qui avait fait beaucoup de travail dans ma division au cours de la campagne. Il m'a écrit pour me dire combien il était triste de constater dans quel état se trouvaient certaines maisons de ma division, combien les gens qui les habitaient étaient malades, et ainsi de suite. J'ai donc écrit au curé de la paroisse pour lui dire que je désirais avoir son avis à ce sujet, afin de vérifier si le courtier disait la vérité. Le curé m'a écrit une lettre très intéressante, attirant mon attention sur le fait que bien qu'à Ottawa nous faisions beaucoup de travail et paraissions sérieux en matière d'assurance sociale, nous ne pourrons pas faire beaucoup en matière de sécurité sociale si nous laissons de côté la question des taudis. Quant à moi, je tiendrais beaucoup—non pas pour moi-même mais pour ces pauvres gens—à ce que l'on fasse quelque chose dans ce sens.

L'hon. M. MACMILLAN: Monsieur le président, j'ai discuté cette question avec le docteur Fauteux, car je sais qu'il y est vivement intéressé. Je suggérerais que le Comité reçoive un mémoire du docteur Heagerty, le consigne au compte rendu et l'étudie. Alors si l'on tient à avoir d'autres renseignements, nous pourrons appeler des témoins experts, si c'est satisfaisant pour le Comité.

M. LALONDE: La question des taudis, monsieur le président, intéresse également les districts ruraux du Canada. Dans mon comté, bien que nous n'ayons pas à faire face au même problème, il y a nombre de gens qui vivent dans de pauvres maisons. Pour cette raison, je demanderais au docteur Heagerty de traiter aussi de la question des logements pauvres dans les districts ruraux. Je sais que les colons de Labelle tout aussi bien que ceux des autres comtés ruraux seront heureux de savoir que le Comité s'occupe d'améliorer leurs conditions.

Le VICE-PRÉSIDENT: Nous étudierons cette question.

M. JOHNSTON: Avant d'ajourner, puisque nous en arrivons au moment où presque toutes les présentations de mémoire ont été faites au Comité, je me demandais s'il serait possible d'inviter le premier ministre Garson du Manitoba à nous présenter le mémoire qu'il a soumis au comité de la restauration. Je demanderais à ce qu'il soit invité.

M. ADAMSON: Je tiens à m'associer aux honorables députés de Montréal et de Labelle. Je représente une division de Toronto où les mêmes conditions existent au sujet des taudis. Les taudis ont, sans doute, affecté considérablement la santé de personnes qui y vivent, et je crois que l'une des choses essentielles que le Comité devrait entreprendre serait l'étude de la suppression des taudis par la construction de nouveaux logements. Je suggère, monsieur le président, que nous entendions des spécialistes en logements, des experts en matière de suppression des taudis, qui se trouvent au Canada; une foule de renseignements extrêmement importants sont à notre portée. Je suggérerais une réunion conjointe du comité de la restauration et de notre Comité pour étudier cette question de la suppression des taudis.

Le VICE-PRÉSIDENT: Je sais qu'on est à étudier la question d'entendre plus de témoins. Dans l'intervalle, puis-je demander à M. Johnston, s'il juge acceptable de faire consigner le mémoire du premier ministre au compte rendu?

M. JOHNSTON: La seule objection que j'aie à cette procédure, c'est que ce mémoire perdrait de son effet si nous agissions ainsi. Prenez l'exposé qui a été fait aujourd'hui. Si le témoin n'avait fait que consigner son mémoire au compte rendu, je ne crois pas que nous aurions retiré autant de profit qu'en l'entendant le lire lui-même et en le questionnant. Je crois qu'il a éclairci une foule de points, et pour cette raison je crois qu'il serait préférable que le premier ministre Garson soit entendu.

Le VICE-PRÉSIDENT: Nous y verrons.

Nous allons maintenant ajourner à mardi prochain.

A midi et 35, le Comité s'ajourne pour se réunir le mardi 15 juin, à 11 heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 21

SÉANCE DU MARDI 15 JUIN 1943

TÉMOINS:

Le docteur George A. DeJardine, président de la *Canadian Osteopathic Association.*
Le docteur Allan A. Eggleston, Montréal, P.Q.
Le docteur Eldon S. Detwiler, London, Ont.
Le docteur St. Clair Parsons, Ottawa, Ont.
Le docteur J. R. G. McVity, Toronto, Ont.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 15 juin 1943.

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

Présents: MM. Blanchette, Bourget, Breithaupt, Bruce, Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Claxton, Cleaver, Côté, Diefenbaker, Fulford, Gershaw, Gregory, Hatfield, Howden, Hurtubise, Kinley, Lockhart, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGarry, McGregor, McIlraith, Mayhew, Shaw, Warren et Wood—29.

Le président communique une invitation par laquelle le Comité volontaire de la santé de la Chambre des communes et du Sénat prie le Comité de la sécurité sociale de participer à une réunion qui aura lieu le vendredi 18 juin, à deux heures de l'après-midi, dans la salle 268 de la Chambre des communes. Le président fait observer que le Comité volontaire de la santé n'étant pas un organisme officiel, les membres seront, individuellement, libres d'assister à cette réunion, à leur gré.

Le président communique un télégramme par lequel la Confédération des travailleurs catholiques annonce que sa délégation qui devait assister à la séance de ce jour n'a pu s'y rendre, mais qu'elle envoie un mémoire qu'elle désirerait faire insérer au compte rendu. Il est convenu que, sur réception, ce mémoire sera publié dans le compte rendu.

Le docteur George A. DeJardine, président de la *Canadian Osteopathic Association*, est appelé. Il présente les personnes suivantes, venues à titre de délégués de cette association:

Le docteur Allan A. Eggleston, de Montréal, P.Q.;
Le docteur Eldon S. Detwiler, de London, Ont.;
Le docteur St. Clair Parsons, d'Ottawa, Ont.;
Le docteur J. R. C. McVity, de Toronto, Ont.

Le docteur DeJardine présente un mémoire et il est ensuite interrogé, de même que les autres délégués, puis les témoins se retirent.

Le président remercie les témoins et, à 1 h. 15 de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mercredi 16 juin, à midi.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 15 juin 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Mesdames et messieurs, on m'a prié d'annoncer ce qui suit. A sa dernière séance, le comité volontaire d'hygiène de la Chambre des communes et du Sénat a voté une résolution invitant les membres du Comité spécial de la sécurité sociale à siéger au comité volontaire d'hygiène. Ce comité tiendra sa prochaine séance vendredi, à 2 heures de l'après-midi, dans la salle 268. Le Comité de la sécurité sociale est un comité spécial de la Chambre des communes, un comité officiel, tandis que le comité volontaire d'hygiène n'a pas de caractère officiel. Nous apprécions vivement cette invitation, à laquelle nos membres peuvent répondre individuellement. Le Comité spécial de la sécurité sociale ne peut y répondre en corps, à titre officiel. Individuellement, tous les membres de notre Comité seront bien accueillis dans la salle 268, vendredi à 2 heures de l'après-midi.

J'ai reçu un télégramme de la Confédération des Travailleurs catholiques, de la province de Québec: "Mémoire sur l'assurance-maladie envoyé aujourd'hui par la poste, par la Confédération des Travailleurs catholiques du Canada. Pouvons-nous annuler délégation prévue pour le 15 juin. M. Charpentier et moi sommes retenus et il nous est impossible de paraître devant le Comité."

Le mémoire n'est pas arrivé. Avec votre permission, quand il arrivera, il sera inséré au compte rendu et distribué au Comité.

Ce matin, nous allons entendre la *Canadian Osteopathic Association*. Le mémoire sera présenté par le docteur DeJardine, de Toronto.

Le docteur G. A. DEJARDINE est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs les membres du Comité spécial de la sécurité sociale, je vous présente d'abord mes collègues, représentant la *Canadian Osteopathic Association*. Ce comité représente les ostéopathes de tout le Canada, ce que je désire clairement souligner. Nous n'avons rien à faire, par exemple, avec le Conseil des régisseurs de l'Ontario. Nous parlons au nom des ostéopathes de la Colombie-Britannique jusqu'aux provinces Maritimes, et les différentes associations nous en ont délégué le pouvoir. Je désire que ce soit clair dès le début. Maintenant, je vous présente les délégués: le docteur E. S. Detwiler, de London, Ontario, qui est déjà venu comme représentant du Conseil des régisseurs de l'Ontario, dont il est le président; le docteur J. R. G. McVity, de Toronto, trésorier de la *Canadian Osteopathic Association;* le docteur St. Clair Parsons, d'Ottawa; et le docteur Alland A. Eggleston, de Montréal, vice-président de l'Association ostéopathique de Québec.

Je commencerai en vous remerciant de nous avoir invités à représenter l'ostéopathie devant votre Comité. C'est un grand honneur d'être ici, et d'y représenter notre profession devant des membres de la Chambre des communes. C'est un grand privilège. Nous n'en avons jamais eu de pareil, jusqu'ici, et nous espérons pouvoir dissiper nombre d'idées fausses que vous pouvez entretenir sur l'ostéopathie.

Au Canada, nous sommes en minorité. Nous ne venons qu'après les médecins. Ceux-ci accomplissent un travail magnifique et font tous leurs efforts

pour préserver la santé de la population, et pour servir la cause de l'hygiène publique, en général. Mais si nous sommes moins nombreux qu'eux, nous sommes aussi sincères dans nos efforts au service de l'hygiène publique. Peut-être avons-nous moins accompli, mais nous faisons de notre mieux, et nous souhaitons collaborer avec vous à la solution de ce problème de l'assurance-maladie. Tout Canadien, en naissant, a droit à la santé, et que cette santé lui vienne de l'une ou l'autre école de médecine, l'essentiel est qu'il jouisse de son droit. S'il n'obtient la santé d'une école, il a le droit de l'obtenir d'une autre. Je ne me suis peut-être pas exprimé justement, car la santé n'est pas une marchandise que les différentes écoles pourraient dispenser. Ces écoles peuvent guider la population dans la voie de la santé, mais celle-ci, après tout, vient d'une seule source, la nature, qui possède le pouvoir de soigner ou de réparer le mécanisme humain. Lorsque ce mécanisme est endommagé, ou inférieur à la normale,—la puissance de soigner est un processus biologique—nous ne pouvons pas produire scientifiquement un atome de vie, et cependant s'il y a maladie, il y a destruction de la vie des petites cellules du corps. Il faut remplacer ces cellules. C'est un processus biologique. Tout ce que nous pouvons faire c'est de veiller à ce que l'état du malade soit conforme aux lois de la nature, pour que la nature puisse ramener la santé dans le mécanisme humain.

Malheureusement, l'ostéopathie, en raison peut-être du petit nombre de ses praticiens, a été entourée d'un écran de fumée d'erreurs, ou mieux encore d'un miasme de faussetés, qui n'étaient pas nécessairement intentionnelles. Nous entendons constamment sur l'ostéopathie des déclarations qui ne contiennent pas un atome de vérité. C'est pourquoi nous sommes heureux de venir ici, et d'essayer de dissiper, dans une certaine mesure, ces conceptions erronées.

Au sud de notre pays s'étend une nation de 140 millions d'âmes, qui étudie également ce problème de l'assurance-maladie, et s'efforce consciencieusement de donner au public les meilleurs services d'hygiène. Notre propre population est de dix à onze millions d'âmes. Vous essayez de résoudre un problème très ardu, et vous avez déjà beaucoup travaillé dans ce but. Vous admettrez sûrement que vos confrères des Etats-Unis sont aussi sincères que vous-mêmes dans leurs efforts au service de l'hygiène publique. Leur responsabilité, à l'égard de 140 millions de personnes, est aussi grande que la vôtre, à l'égard de nos dix ou onze millions d'habitants.

Je voudrais d'abord parler de la loi publique N° 831, votée par le 17e Congrès des Etats-Unis. C'est une loi applicable au district de Columbia, où se trouve la capitale. Cette loi décrète que les règlements officiels accorderont mêmes droits et privilèges aux diplômes de docteur en médecine et de docteur en ostéopathie. C'est une loi d'autorisation dans la mesure où elle peut être destinée à servir de modèle de législation aux divers Etats. Ainsi, cette loi décrète que les deux écoles de médecine auront les mêmes droits et les mêmes privilèges. Dans une discussion de ces jour-ci, le docteur Heagerty,—ou plutôt la loi, non pas le docteur Heagerty personnellement—a dit que les médecins auront tous les droits et privilèges au Canada; et l'on a également proposé que tous les citoyens du Canada soient compris dans ce plan d'assurance-maladie. De la sorte, en donnant tous les droits aux médecins, on dénie tous droits à l'école de la médecine ostéopathique, qui ne serait traitée que comme une auxiliaire, à consulter dans la mesure jugée bonne par les médecins. Je puis ajouter que l'ostéopathie est connue aux Etats-Unis, où elle est née, et qu'elle n'est pas connue au Canada, ainsi que vous le verrez clairement tout à l'heure, quand nous avancerons dans la lecture de ce mémoire. Donc, quelqu'un se trompe. Ou bien le Gouvernement et le Congrès des Etats-Unis se trompe et le docteur Heagerty a raison, ou bien le docteur Heagerty se trompe et le Congrès a raison. Vous devez constituer un jury apte à trancher une pareille question.

Je signalerai encore que l'un des résultats attendus de la grande guerre qui se poursuit actuellement est une expansion de la liberté à travers le monde. La liberté est le trait majeur de la Charte de l'Atlantique. C'est pour cela que

nous nous battons. Pour en revenir à un projet de loi, on a dit, en réponse à des questions de M. Fulford, que les citoyens du Canada—et ce sera peut-être tous les citoyens—s'ils sont malades ou indisposés, seront obligés de consulter un praticien de la médecine, sans pouvoir choisir un médecin ostéopathe. Est-ce que cela ne vous apparaît pas comme une réduction de la liberté, une négation de la démocratie, une négation des droits du peuple?

Avant de commencer la lecture du mémoire, je voudrais parler de la guerre. Récemment, nous avons été très réconfortés par la nouvelle d'une magnifique victoire en Tunisie. Plusieurs armées ont collaboré dans cette bataille contre l'ennemi commun. Au point de vue numérique, la force principale était fournie par la 1ère et la 8e armées britanniques, qui, étant les plus nombreuses, auraient pu le faire sentir aux autres armées—les armées américaines et la petite armée de héros des Français libres qui ont traversé le désert pour participer à la lutte, et les Français de Giraud dans le nord; mais ces armées ont collaboré, selon le mot de Winston Churchill, dans une amicale rivalité. Et quel a été le résultat de cette collaboration? Une glorieuse victoire, qui abrégera peut-être sensiblement la guerre. La situation est analogue dans la guerre menée contre la maladie. Il y a de grandes armées. Il y a la très grande armée des médecins, qui a fait un excellent travail, sans supprimer la maladie et la souffrance. En fait, au point de vue scientifique, l'art de soigner est encore dans l'enfance. Nous n'avons fait qu'égratigner la surface des connaissances. Il me semble que, devant l'exemple des résultats obtenus par la collaboration, les différentes professions consacrées au soin des malades devraient essentiellement rechercher la collaboration. Nous n'imaginons pas le général Alexander, de la 1re armée britannique, et le général Montgomery, de la 8e armée britannique, disant aux Américains: "Nous pouvons très bien nous passer de vous". Ils n'ont pas dit aux Français libres ou aux Français de Giraud: "Vous êtes des services auxiliaires". Ils ont dit: "Nous sommes en guerre contre un ennemi commun, nous allons tous nous y mettre et faire de notre mieux". Le résultat a été la victoire de Tunisie, dont la nouvelle nous a tant réjouis.

Permettez-moi une autre allusion aux Etats-Unis. Les Etats Unis, par l'intermédiaire de leur commission de la main-d'œuvre et de leur organisation du service sélectif, ont décidé que l'étude et l'exercice de l'ostéopathie constituaient une occupation essentielle. Les occupations essentielles, au nombre de quatre, sont celles qui doivent conserver un personnel convenable, dans l'intérêt de la santé, de la sécurité et du bien-être de la nation. La décision mentionne quatre occupations essentielles. Ce sont: l'exercice de la médecine; l'exercice de la médecine ostéopathique; l'exercice de la médecine vétérinaire et l'exercice de l'art dentaire. Telles sont les quatre occupations essentielles. Il en résulte que les élèves des collèges d'ostéopathie, qu'ils soient au collège proprement dit ou qu'ils accomplissent les deux années d'études scientifiques préliminaires exigées avant l'entrée, seront exemptés de la mobilisation, pour la sécurité et le bien-être de la nation. Les médecins ostéopathes faisant de la clientèle civile sont aussi exemptées de la mobilisation, en raison de la pénurie de docteurs en médecine. Ils doivent continuer leur clientèle civile. Ils ne doivent pas être mobilisés, afin de préserver la santé et la sécurité de la nation.

M. McCann: Certains d'entre eux exercent-ils dans l'armée?

Le témoin: La fin de mon témoignage répondra dans une certaine mesure à cette question. La dernière loi dont je voudrais parler a également été adoptée par le Congrès des Etats-Unis. Nous en parlons plus en détails dans nos mémoires. Cette loi décrète que les diplômés des écoles de médecine et d'ostéopathie reconnues pourront être internes dans les hôpitaux militaires. Est-ce que cela répond à votre question? Ils pourront être admis comme internes dans les hôpitaux militaires. Par cette loi, le Congrès donne le sceau de son approbation à notre enseignement et à nos collèges, et leur ouvre le service médical de l'armée. Les diplômés des collèges de médecine, qu'il s'agisse de médecine allopathique ou ostéopathique, sont admis aux fonctions d'internes.

M. McCann: Puis-je poser une question pour éclaircir le sujet? L'armée des Etats-Unis compte-t-elle des ostéopathes diplômés parmi ses médecins de bataillons ou directeurs d'hôpitaux? Vous dites qu'ils sont admis comme internes; ceci concerne les tout jeunes diplômés.

Le TÉMOIN: Oui, monsieur le président. J'aurais préféré ne pas répondre à cette question, pour la raison que ces hommes sont, par décision du gouvernement, admissibles aux fonctions d'internes; mais voici ce qui arrive: lorsque ces diplômés se présentent pour offrir leurs services, les autorités médicales leur répondent poliment: "Il n'y a pas de place pour vous en ce moment; quand il y aura une vacance, oui." De sorte que, sans vouloir dénoncer une hostilité systématique de la part de la médecine organisée, nous avons le même problème, en ce moment, au Canada.

Le PRÉSIDENT: La réponse à la question serait "Non"?

Le TÉMOIN: La réponse à la question serait "Non". Nous avons droit à ces fonctions. La loi nous les a ouvertes, mais il n'y a pas de place pour nous. Je pourrai reparler des services auxiliaires. Apparemment, il n'y a pas de place au Canada pour d'autres médecins disposés à combattre la maladie. Si nous étions tout près du succès, si la maladie était presque supprimée, si nous connaissions sur ce sujet tout ce qu'il est possible de savoir, cette attitude pourrait se justifier. Mais la science est encore dans son enfance, en ce qui concerne la lutte contre les maladies. Je présume que tous les médecins l'admettront. Nous avons une longue route à parcourir.

M. Lockhart: Les demandes d'admission ont été nombreuses, aux Etats-Unis, n'est-ce pas?

Le TÉMOIN: Je le crois.

M. Lockhart: Oui. On me l'a dit.

M. Bruce: Quelle est la situation au Canada? Avez-vous des hommes servant dans les forces armées, ou sont-ils admissibles aux fonctions d'internes?

Le TÉMOIN: Me permettez-vous d'ajourner cette question? Un passage du mémoire tiendra lieu de réponse, je crois. En fait, j'espère que cette question sera discutée; elle est essentielle.

Je désire attirer votre attention sur un opuscule attaché au mémoire, et qui traite de la chirurgie ostéopathique dans les hôpitaux ostéopathiques. Nous l'avons mis comme une annexe aux témoignages. On parle souvent de notre travail comme d'une thérapeutique manuelle. Lorsque nous nous présentons comme médecins et chirurgiens ostéopathes, vous pouvez penser à une thérapeutique manuelle; mais il n'en est pas ainsi. Quand nous nous présentons comme médecins et chirurgiens ostéopathes, le genre de chirurgie que nous pratiquons est exactement le genre de chirurgie dont le docteur Bruce a donné le splendide exemple dans la province d'Ontario.

Votre Comité étudie un plan de sécurité sociale, qui prend en considération les questions d'hygiène. A titre de représentants d'une école de médecine moderne, ouverte au progrès, nous nous présentons devant vous essentiellement dans l'intérêt de l'hygiène publique. Nous essaierons de vous montrer où et pourquoi l'ostéopathie doit entrer dans ce plan, et nous voudrions en profiter pour vous parler un peu de l'ostéopathie, de ce qu'elle a fait, de ce qu'elle est réellement. Nous espérons et nous croyons que lorsque vous aurez attentivement examiné les faits exposés dans ce mémoire, vous admettrez que tout plan d'assurance-maladie qui peut devenir légal au Canada doit comprendre les services de médecins et de chirurgiens ostéopathes, dans l'intérêt de la population.

La science ostéopathe, ou école ostéopathique de médecine, est née il y a une cinquantaine d'années quand le docteur Andrew Taylor Still, son fondateur, ouvrit la première école d'ostéopathie, comprenant dix-neuf élèves, seize hommes

et trois femmes. Aujourd'hui, plus de 10,600 médecins ostéopathes exercent dans le monde, se livrant au diagnostic et au traitement de tous les genres de maladies, comme font les diplômés des autres écoles de médecine.

Comme on pouvait s'y attendre, l'ostéopathie, pour atteindre son développement actuel, a dû surmonter une vive opposition, des obstacles sans nombre, une intolérance sans fin. Cela se comprend au début, lorsqu'on s'écarte d'une coutume établie; mais l'attitude actuelle de la médecine, faite d'intolérance et de préjugés, est très regrettable.

Je citerai ici un médecin qui écrit dans une chaîne de publications, surtout aux Etats-Unis, mais aussi au Canada. Il écrivait dernièrement: "Il est grand temps que les médecins ordinaires et les ostéopathes renoncent à leurs petites jalousies et leur substituent un esprit de camaraderie, pour leur bien propre et pour celui du public." J'ai pensé cette citation assez opportune.

Le docteur Still, qui était médecin, avait fait des découvertes dont ses années de recherches et de pratique lui ont démontré la vérité. Il les annonça au monde en 1874, et les offrit aux médecins ses confrères, mais ces découvertes étaient si nouvelles, si révolutionnaires, qu'elles furent repoussées, ainsi qu'il est arrivé souvent dans l'histoire de la médecine. Plutôt que de laisser perdre le bénéfice de ses découvertes, le docteur Still décida de les faire prévaloir, même s'il fallait créer une nouvelle école de médecine. De là est née l'ostéopathie. Aujourd'hui, l'*Office of Education* de Washington, D.C., reconnaît les six collèges d'ostéopathie approuvés comme des "institutions d'enseignement supérieur".

Le docteur Still n'ignorait pas ce que l'école de médecine dominant à cette époque contenait de bon. Dès le début, il incorpora dans son enseignement ce qui lui paraissait bon dans la médecine et dans les connaissances scientifiques de son temps. C'est bien clair dans la charte de la première école d'ostéopathie, qui s'exprime ainsi: "Le but de cette société est d'établir un collège d'ostéopathie, destinée à perfectionner notre système actuel de chirurgie, d'obstétrique, et de traitement des maladies en général, pour le placer sur une base plus rationnelle et scientifique."

Il y a de cela cinquante ans, et vous remarquerez que la chirurgie et l'obstétrique ont toujours fait partie du système ostéopathique de médecine.

L'ostéopathe moderne est un médecin bien informé et bien entraîné. Le 70e Congrès des Etats-Unis l'a reconnu lorsqu'il a édicté la loi publique nº 831 intitulée "An Act to Regulate the Practice of the Healing Art to Protect the Public Health in the District of Columbia", qui décrète: "Les règlements administratifs accorderont les mêmes droits et privilèges aux diplômes de docteur en médecine et de docteur en ostéopathie."

Nous devons encore au docteur Still le développement d'une nouvelle école de thérapeutique—une école concurrente, si vous voulez. L'histoire démontre l'utilité d'un système d'opposition et d'équilibre, que ce soit en politique, en religion, en science, en économie, ou dans tout autre domaine de l'activité humaine. Nous savons tous quelle longue lutte il a fallu conduire pour arriver à la liberté religieuse, à la liberté politique et à la liberté individuelle. Aucune association, aucun groupe ne peut monopoliser longtemps un domaine particulier. Ce groupe absorberait bientôt tous les privilèges, tous les droits. Nous voyons aujourd'hui les tristes lendemains de la puissance, l'ascension des dictateurs les uns après les autres, la suppression des peuples libres et la suppression du droit d'exprimer des opinons individuelles.

Les médecins ne sont pas seulement préoccupés d'aider et de protéger le public (ce que nous admettons), mais ils constituent aussi un organisme entiché de ses propres droits, obsédé par l'idée qu'il est infaillible et que lui seul peut faire le bien. Ils couvrent souvent du prétexte de la science ou de la protection du public l'opposition constituée par leurs opinions et leurs préjugés contre une minorité, susceptible de rompre le *statu quo*. Nous autres ostéopathes, pour ne

pas parler du public, avons malheureusement souffert de ces préjugés et de l'opposition persistante des médecins. Cette opposition vise habituellement soit à empêcher les ostéopathes d'obtenir l'autorisation d'exercer dans un Etat ou dans une province particulière, soit à restreindre l'exercice de leur profession. Toute tentative pour améliorer notre situation légale, toute tentative pour rendre de plus grands services au public se sont invariablement heurtées à l'opposition, non pas du public, ni des législateurs, mais des associations médicales.

Nous en avons eu un exemple au Nouveau-Brunswick, il y a un mois ou deux. Une profession puissante a essayé d'intervenir dans la législation concernant les droits des ostéopathes au Nouveau-Brunswick, où ils ne sont que quatre. Par bonheur, les législateurs ont accepté la lutte et sauvé la situation; mais ces choses ne devraient pas se produire.

Si nos services professionnels ont quelque valeur dans la vie civile, ils doivent être mis à la disposition des troupes, parmi lesquelles un entraînement rigoureux cause beaucoup de malaises auxquels l'ostéopathie peut remédier. Cependant le droit de recevoir nos services est refusé aux troupes, toujours à cause de l'opposition habituelle. D'après un questionnaire récent, 6,000 membres des services armés, environ, depuis le début de la guerre, ont recouru aux services de médecins ostéopathes, à leurs propres frais, pour obtenir un soulagement que les médecins militaires ne pouvaient pas leur procurer.

Ainsi, depuis cinquante ans, cette école séparée de médecine a montré une virilité, une régularité de croissance et une facilité d'adaptation aux idées nouvelles qu'elle a contribué à implanter et à répandre, tout en protégeant le public contre le monopole d'une école. A titre d'école séparée de médecine, nous avons exercé une influence importante, et contribué à obtenir le droit, pour le public, de choisir son propre médecin.

Nous soumettons donc à votre étude la résolution suivante:

Attendu que nous sommes informés que le Gouvernement du Canada étudie, par votre intermédiaire, l'opportunité d'établir pour ses citoyens un système de sécurité sociale qui pourrait comprendre un service d'hygiène ou d'assurance-maladie, et

Attendu que les statistiques démontrent ce fait, d'ailleurs bien connu, qu'une fraction croissante du public recourt aux soins de médecins de l'école de médecine ostéopathique, et

Attendu que ces médecins ostéopathes, diplômés des collèges approuvés d'ostéopathie et de chirurgie, sont aussi bien préparés et aussi compétents que les titulaires des diplômes de médecine des collèges approuvés de médecine, et

Attendu que les médecins et chirurgiens ostéopathes du Canada prennent leur part entière de responsabilité du maintien et du bien-être de la population, non seulement dans l'exercice de la clientèle privée mais en prenant soin d'un grand nombre de malades indigents, sans rémunération, et

Attendu que le Corps d'aviation royal canadien, tenant compte de la demande de médecine ostéopathique, a récemment ouvert ses rangs à l'enrôlement de médecins ostéopathes, à titre professionnel (un petit nombre de ces ostéopathes se sont déjà engagés, et ont été acceptés) et a prié les principaux médecins ostéopathes de préparer et de donner à la 18e école de médecine de l'aviation, à Toronto, des conférences dont le texte sera copié et distribué aux services médicaux pour que ceux-ci puissent faire le meilleur usage des services ostéopathiques, et

Attendu que la seule méthode juste et démocratique d'administrer l'assurance-maladie serait de donner à chaque citoyen assuré le droit et le privilège d'employer le praticien de son choix, quels que soient son mode ou son école de médecine,

En conséquence, il est résolu que nous, membres de la *Canadian Osteopathic Association*, représentant l'ostéopathie dans tout le Canada, prions ce Comité de recommander au Parlement du Canada d'inclure, par une loi, les services des

médecins et chirurgiens ostéopathes dans tout plan d'assurance-maladie destiné aux citoyens du Canada, sur la même base et en vertu des mêmes règlements que pour les autres branches de l'art de soigner, et de décréter que les personnes chargées d'administrer ces services ne pourront, par voie de décision administrative, empêcher un citoyen de recevoir le médecin ostéopathe si ledit citoyen a droit aux soins médicaux en vertu des dispositions du système d'assurance projetée.

Pour mieux faire comprendre au Comité l'attitude des ostéopathes, nous saisissons l'occasion d'expliquer la résolution qui précède.

Il est regrettable de constater, au Canada, une extraordinaire ignorance à l'égard de l'école ostéopathique. Cette ignorance est due en partie à notre faiblesse numérique, mais davantage, peut-être, à la propagande délibérée d'associations représentant des professions rivales, propagande souvent exercée pour des fins législatives. L'exposé de faits suivant se rapporte à la reconnaissance de l'ostéopathie par les gouvernements et par le peuple des Etats-Unis. Tous les faits cités sont authentiques et facilement vérifiables.

Faits relatifs à l'ostéopathie

L'ostéopathie est en réalité un système complet de soins, coexistant avec la pratique de la médecine. Elle couvre tout le domaine des maladies, diagnostic et traitement, et comprend la chirurgie et l'obstétrique. Elle est presque universellement reconnue comme telle aux Etats-Unis, où elle a pris naissance, où elle est bien connue, et où des millions d'individus lui confient leur santé.

L'expérience ayant prouvé que les adversaires de l'ostéopathie se livrent souvent à des descriptions stéréotypées et erronées de notre profession, nous tenons à déclarer ce qui suit:

L'ostéopathie n'est pas et n'a jamais été un système de soins sans remèdes.

Ce n'est pas un système de frottements ou de massages.

Elle n'a aucun rapport avec la chiropratique.

Elle n'est pas fondée sur une théorie quelconque de dislocation de la colonne vertébrale ou des jointures.

L'ostéopathie n'est pas synonyme de "thérapeutique manuelle", pas plus que Médecine n'est synonyme de Santé.

Il existe une petite différence, je crois, entre l'assurance-maladie et l'assurance médicale.

L'ostéopathie ne s'apprend pas dans un cours rapide, ni par correspondance.

L'ostéopathie n'enseigne pas que la pression des os sur les nerfs cause des maladies.

Elle n'est pas limitée au traitement de certaines infirmités ou de certaines catégories de maladies, et n'est dons pas, en soi, une spécialité. (Pour cette raison, le choix d'un médecin ostéopathe par un citoyen englobé dans le plan projeté d'assurance-maladie ne doit pas dépendre de la recommandation ou de la consultation d'un médecin.)

Enseignement de l'ostéopathie

L'ostéopathie est enseignée exclusivement aux Etats-Unis, dans six collèges approuvés d'ostéopathie et de chirurgie, dont chacun possède son propre hôpital. Ces collèges sont classés comme des institutions d'enseignement supérieur par l'*Office of Education*, de Washington, D.C.

Parmi les conditions exigées pour l'entrée dans ces collèges figurent le diplôme d'une école secondaire et deux années d'études scientifiques prémédicales, comprenant la chimie, la physique, la biologie, l'anglais, etc .

L'enseignement professionnel dispensé dans les collèges d'ostéopathie et de chirurgie, après ces deux années d'études pré-médicales satisfaisantes, est réparti

sur quatre années de neuf mois chacune, formant un total de 4,668 heures de cours et de travaux de laboratoire. Pendant les deux dernières années de cours, les étudiants en ostéopathie acquièrent une expérience clinique dans les cliniques publiques et dans les hôpitaux affiliés à chaque collège. Lorsqu'ils sont diplômés, ils ont donc toute l'expérience voulue pour les préparer à l'exercice général de l'ostéopathie.

Les manuels approuvés dans les collèges d'ostéopathie comprennent les manuels utilisés dans les facultés de médecine ordinaires, et, en outre, des manuels spéciaux exposant les principes et la pratique de l'ostéopathie.

Une comparaison du programme de tous les collèges approuvés d'ostéopathie avec ceux des collèges de médecine montrera que l'étudiant en ostéopathie étudie toutes les matières exigées dans les collèges de médecine, et, en outre, les matières relevant strictement de l'ostéopathie.

Les programmes des collèges d'ostéopathie comprennent les matières suivantes:

Sciences essentielles: Anatomie et dissection; histologie, embryologie; physiologie; chimie (inorganique, organique, biologique); pathologie; bactériologie; hygiène; hygiène publique.

Thérapeutique supplémentaire: Pharmacologie; toxicologie; anesthésie; narcose et antiseptique; thérapeutique biologique (vaccins, sérums, sensibilisation et diagnostic, thérapeutique endocrine).

Pratique de l'ostéopathie et thérapeutique ostéopathique: Histoire de l'ostéopathie; principes de l'ostéopathie; technique de l'ostéopathie; thérapeutique comparée; diagnostic de laboratoire; diagnostic physique; diagnostic symptomatique; diagnostic ostéopathique; maladies du système gastro-intestinal; maladies du système cardio-vasculaire; maladies du système respiratoire; maladies du système génito-urinaire; maladies du système hémoptysique; maladies du système locomoteur; gynécologie; maladies ingectieuses aigües; maladies nerveuses et mentales; psychiatrie; maladies vénériennes; parasitologie et médecine tropicale; dermatologie; proctologie; pédiatrie; endocrinologie; podriatrie; diététique; physiothérapie; rayons-X.

Chirurgie: Chirurgie générale (opérations majeures et mineures); chirurgie orthopédique; opthalmologie; oto-rino-laryngologie; urologie.

Obstétrique: Il convient de noter que la physiothérapie est une annexe de l'ostéopathie, comme de la pratique médicale.

Hôpitaux et cliniques ostéopathiques

Il existe aux Etats-Unis 156 hôpitaux et 75 cliniques desservis par des médecins et chirurgiens ostéopathes. Ces cliniques offrent divers services ostéopathiques. Certaines d'entre elles sont consacrées aux soins des enfants, d'autres à des maladies déterminées, d'autres encore aux maladies en général. Les hôpitaux embrassent tout le champ de la médecine, y compris l'obstétrique et la chirurgie et les spécialités.

L'une des plus remarquables de ces institutions est le sanatorium ostéopathique Still-Hildreth, à Macon, Missouri, pour le traitement ostéopathique des maladies nerveuses et mentales. Des succès particuliers ont été obtenus dans ce domaine.

La section ostéopathique de l'hôpital du comté de Los-Angeles a également obtenu des résultats enviables dans le soin de toutes les catégories de maladies.

Les citoyens de Philadelphie ont donné un million et demi de dollars aux ostéopathes, pour l'érection d'un hôpital et d'un collège d'ostéopathie.

Spécialités ostéopathiques

L'ostéopathie embrasse, entre autres, les spécialités suivantes: chirurgie, obstétrique, gynécologie, orthopédie, yeux, nez, gorge, oreilles, neuro-psychiatrie, proctologie, herniologie, pédiatrie, radiologie, podiatrie, pathologie, maladies aiguës et autres.

Reconnaissance de l'ostéopathie aux Etats-Unis

La reconnaissance de l'ostéopathie par l'Etat fédéral et par les Etats particuliers, aux Etats-Unis, est un indice de la confiance et du respect qui lui sont accordés.

Du Bulletin nº 41, daté du 14 décembre 1942 et signé par Lewis B. Hershey, directeur du service sélectif à Washington, D.C., nous extrayons ce passage relatif aux médecins ostéopathes:

> dans l'exercice de leur profession, ils sont en mesure de rendre des services essentiels à la production de guerre et à l'effort de guerre et à des travaux dont la continuité est nécessaire à la santé, à la sécurité et au bien-être de la nation.

La Commission de guerre de la main d'œuvre comprend l'ostéopathie parmi les quatre "occupations essentielles dont l'exercice exige un haut degré d'entraînement, de compétence ou d'habileté". (Ces quatre occupations essentielles sont la médecine, l'art dentaire, la médecine vétérinaire et l'ostéopathie.)

La même Commission certifie l'existence d'une "pénurie grave de personnel entraîné, compétent ou adroit, pour se consacrer à l'exercice de ces occupations essentielles. En conséquence, il y a lieu d'apporter une attention particulière au classement professionnel des personnes possédant l'entraînement, la compétence et l'adresse requises dans ces occupations essentielles, et consacrées à des travaux essentiels à l'appui de l'effort de guerre, ainsi qu'aux personnes qui se préparent à ces occupations."

La loi publique n° 831, "Act to Regulate the Practice of the Healing Art to Protect the Public Health in the District of Columbia", adoptée par le 70e Congrès des Etats-Unis, décrète que les règlements administratifs accorderont mêmes droits et privilèges aux diplômes de docteur en médecine et de docteur en ostéopathie.

Une loi de crédits militaires, au montant de dix milliards et demi de dollars, promulguée par le 77e Congrès pour fins de défense nationale et signée par le président Roosevelt, comprend une disposition et un crédit pour l'emploi, par le corps médical de l'Armée, d'internes qui sont diplômés des écoles reconnues de médecine ou d'ostéopathie, ou qui y ont accompli avec succès au moins quatre années d'études professionnelles. Par cette loi, le Congrès donne son approbation à l'enseignement ostéopathique, pour fins de service médical dans les hôpitaux militaires.

Le 75e Congrès des Etats-Unis a modifié la loi d'indemnisation des fonctionnaires, pour mettre les services des hôpitaux et des médecins ostéopathes à la disposition des fonctionnaires civils blessés dans l'exercice de leurs fonctions.

La Conférence nationale d'hygiène convoquée par le président Roosevelt en juillet 1938 a officiellement invité les ostéopathes à participer à l'élaboration de plans en vue d'un programme national d'hygiène. (Des conférences du même genre ont été convoquées dernièrement au Canada, au sujet du plan projeté d'assurance-maladie, mais l'ostéopathie y fut complètement ignorée, malgré nos requêtes.)

L'ostéopathie est activement représentée au Bureau des enfants, consacré aux mères et aux bébés, au ministère du Travail des Etats-Unis. Les ostéopathes collaborent chaque fois que cela est possible à l'application de la loi de sécurité sociale. Ils ont participé à la Conférence de la Maison Blanche sur les enfants dans les démocraties, et au huitième Congrès scientifique panaméricain.

Ici, au Canada, les membres des commissions d'hygiène, les fonctionnaires des services d'hygiène, les coroners, etc., sont presque toujours docteurs en médecine. Aux Etats-Unis, par contre, nous trouvons des médecins ostéopathes dans les commissions d'hygiène, dans les conseils d'hygiène de comtés et de villes; nous en trouvons parmi les fonctionnaires des services d'hygiène de villes, de comtés et de cantons, parmi les coroners des villes ou des comtés, comme dans les comités consultatifs de médecine des Etats, des comtés et des villes.

Des médecins ostéopathes sont médecins des sections d'athlétisme des universités, des collèges, des écoles publiques et privées. De nombreux clubs d'athlétisme professionnel s'assurent les services d'un médecin ostéopathe pendant toute la durée de leur saison active. Nombre d'organismes industriels et commerciaux emploient également en permanence des médecins et des chirurgiens ostéopathes.

Des compagnies d'assurance-vie et d'assurance-accidents acceptent les rapports de médecins ostéopathes dans les cas d'accidents ou de maladies donnant lieu à prestations. Un nombre croissant de compagnies ont déjà inséré dans leurs polices des textes comme celui-ci:

> Aucune indemnité (pour maladie ou blessure) ne sera payée pour une période d'invalidité pendant laquelle l'assuré n'est pas sous les soins réguliers d'un médecin, chirurgien ou ostéopathe, autre que lui-même, et légalement autorisé à exercer.

Tous les Etats et territoires de l'Union ont légalisé l'exercice de l'ostéopathie. Les diplômes en ostéopathie sont reconnus comme docteurs, médecins et chirurgiens, et subissent les mêmes examens que les diplômés des autres écoles de médecine, ou des examens équivalents, devant les commissions de brevets des Etats. Ces commissions sont établies par le gouvernement de l'Etat.

Dans 29 Etats, les commissions d'examens sont exclusivement composées de docteurs en ostéopathie.

Dans 14 Etats, elles sont composées de docteurs en ostéopathie et de docteurs en médecine.

Dans 5 Etats, les diplômés en ostéopathie subissent un examen devant une commission entièrement composée de docteurs en médecine.

Portée de l'exercice de l'ostéopathie

Dans la plupart des Etats, l'exercice de l'ostéopathie a la même portée que celle de la médecine. Dans cinq Etats, les médecins ostéopathes ne peuvent recourir aux remèdes ni pratiquer la chirurgie.

Dans les provinces de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, les médecins ostéopathes pratiquent la chirurgie et l'obstétrique, emploient des remèdes, signent les certificats de naissance et de décès, etc.

En Ontario, toutefois, peut-être à cause de notre faiblesse numérique—les médecins et les ostéopathes étant dans la proportion de cinquante à un—une législation restrictive a été édictée. Le résultat est que les médecins ostéopathes ont injustement été classés comme des praticiens n'administrant pas de remèdes ce qu'ils n'ont jamais été—et qu'on les empêche d'utiliser leur adresse et leurs connaissances pour le bien du public dans plusieurs domaines, tels que la chirurgie et l'obstétrique, qui sont devenus, provisoirement, le monopole des docteurs en médecine.

Cette situation est d'autant plus regrettable que, ces lois restreignant l'usage de leurs connaissances, des Canadiens qui ont étudié l'ostéopathie aux Etats-Unis préfèrent rester dans ce pays, où les lois sont plus équitables. Ils deviennent citoyens américains, et sont perdus pour le Canada.

Telle est une des raisons de notre petit nombre au Canada.

M. McCANN: D'où vient l'opposition? Quand vous parlez de l'opposition habituelle, désignez-vous l'opposition faite à l'ostéopathie organisée?

Le Dr EGGLESTON: Oui; l'opposition à l'ostéopathie organisée.

M. McCANN: Ne savez-vous pas que la médecine allopathique n'a rien à faire dans les forces armées; cette question relève des autorités militaires?

Le Dr EGGLESTON: Je crois que cette question...

M. McCANN: Une pareille déclaration est facile à faire; mais quelle preuve apportez-vous? Avez-vous subi quelque opposition venant de la *Canadian Medical Association,* qui groupe la grande majorité des médecins pratiquant au Canada? A-t-elle exercé une influence officielle auprès des autorités militaires ou de ceux qui contrôlent la médecine militaire pour faire exclure les ostéopathes?

Le PRÉSIDENT: J'invoque le règlement. Nous ne discutons pas en ce moment les méthodes ou la coutume des autorités militaires. Je préfère que le Dr DeJardine continue son mémoire, après quoi il pourra répondre aux questions qui n'en font pas partie; nous ne sommes pas ici pour nous disputer.

Le TÉMOIN: Merci. Je crois que cette question sera éclaircie avant la fin du mémoire.

Le PRÉSIDENT: Voulez-vous continuer, s'il vous plaît?

Le TÉMOIN: Un questionnaire récemment envoyé aux médecins ostéopathes de tout le Canada a permis de recueillir les renseignements intéressants que voici. Pendant les dix dernières années, 150 médecins ostéopathes ont soigné environ 550,000 personnes au Canada, et depuis le début de la guerre, près de 6,000 membres des forces armées du Canada—ce nombre doit être plus élevé aujourd'hui—ont demandé, à titre privé, à leur médecin ostéopathe, un traitement qu'ils ne pouvaient se procurer autrement.

Tous les jours, quelque membre des services armée vient dans nos bureaux demander le secours de l'ostéopathie.

La *Canadian Osteopathic Association* suit avec sympathie les travaux de votre Comité, qui étudie les changements radicaux projetés dans la vie économique du peuple canadien. Elle reconnaît que cette étude ne soulève pas seulement des problèmes d'ordre médical. Mais les ostéopathes canadiens savent bien que, dans l'établissement d'un service social comme celui qui est projeté, les droits individuels des citoyens doivent être protégés, pour préserver la forme démocratique du gouvernement canadien.

Dans l'établissement de l'assurance-maladie, la connaissance de l'historique de l'assurance-maladie, en Angleterre et dans les pays étrangers, est propre à inspirer de graves inquiétudes aux médecins qui réfléchissent. Nombre de médecins s'alarment de voir imposer entre le médecin et son malade l'autorité et l'intermédiaire nécessaires, au moins dans une certaine mesure, dans tout plan d'assurance-maladie. Les rapports entre médecin et malade sont d'une nature étroite et personnelle, et le médecin ne peut soigner heureusement son malade si ces rapports ne conservent leur caractère personnel, propre à entretenir une confiance mutuelle. Les médecins sont donc portés à craindre que l'organisme administratif établissant la masse de règles généralisées rendues nécessaires par un problème économique et social compliqué ne finisse par être nuisible, plutôt qu'utile, à l'hygiène publique. Il n'est pas toujours possible de prédire l'influence de la politique sur des services sociaux placés sous le contrôle de l'Etat. Le manque de familiarité entre l'administration et les médecins qui assureraient les services prévus dans le plan constitue, au moins provisoirement, un danger susceptible, aux yeux des médecins, de nuire à l'hygiène publique.

Cependant les médecins ostéopathes n'ignorent pas les desseins élevés et les responsabilités sociales que peuvent impliquer les études du Comité. Il est admis que la santé du peuple canadien n'est pas ce qu'elle devrait et ce qu'elle

pourrait être. Il est fort possible qu'une des raisons de ce fâcheux état de choses se trouve dans les conditions économiques et sociales de la distribution des services médicaux. Les services médicaux deviennent rapidement plus coûteux. Ils sont réellement plus coûteux aujourd'hui qu'ils ne l'ont jamais été. Leur coût augmente régulièrement avec les progrès accomplis dans l'art de soigner; il semble destiné à augmenter encore, de sorte que les frais de maladie constituent un fardeau pour une plus forte proportion de la population—un fardeau souvent insupportable.

Nous ne croyons pas que le nombre des médecins et des chirurgiens soit et ait jamais été suffisant pour répondre à tous les besoins des citoyens. Nous croyons que si l'on institue un système procurant un service convenable à tous les citoyens du pays, la pénurie de médecins et d'hygiénistes se fera immédiatement et sérieusement sentir.

Bien d'autres considérations peuvent se présenter. Mais si le Gouvernement du Canada juge nécessaire, désirable ou possible d'instituer un vaste plan de services d'hygiène sous sa surveillance, nous devons souligner l'opportunité, sinon l'absolue nécessité, de réduire le plus possible les interventions étrangères dans les rapports du médecin et du malade, si l'on tient au succès du plan. Les médecins ostéopathes offrent un service correspondant évidemment aux désirs d'une grande fraction de la population canadienne. Ils estiment, en conséquence, que le Gouvernement doit établir son plan d'assurance de manière à ne pas entraver le droit de tout citoyen assurable de recourir au médecin compétent de son choix, au Canada.

Il convient de citer ici une clause de l'article 7 du *Revised Model Health Insurance Bill* de l'*American Association for Social Security*.

C'est ce qu'on appelle le bill Epstein:

Article 7—Administration de l'assurance-maladie (16-a)—

> Tout médecin ou dentiste dûment autorisé à exercer dans l'Etat (sans distinction au détriment d'une école ou d'une méthode légale dans l'Etat) et tout groupe de ces praticiens exerçant collectivement auront le droit d'être compris dans la liste de ceux qui fournissent les prestations médicales, etc....

Nous lisons dans l'excellent exposé sur l'ostéopathie contenu dans la brochure "La Santé en marche", publiée par la Fédération canadienne de l'Agriculture:

> A notre sens, il y a deux méthodes à suivre: que ces services (l'ostéopathie) soient reconnus d'après un plan national, ou que le travail qu'ils accomplissent figure au cours d'études médicales. Le public s'attend à ce que cette situation soit tirée au clair.

Nous voudrions contribuer à éclaircir la situation, en déclarant notre conviction que toute tentative en vue d'incorporer l'ostéopathie dans un cours de médecine échouera inévitablement. On pourrait enseigner la manipulation, on l'enseigne en fait, mais c'est loin de l'ostéopathie, car la manipulation n'est pas l'ostéopathie, et la manipulation sans les principes de l'ostéopathie est stérile.

Actuellement, l'art de soigner étant encore dans son enfance, il n'est ni plausible ni désirable de combiner les diverses écoles médicales, même si c'est possible. Aucune d'elles ne s'approche, de loin, de la connaissance complète de l'être humain ou de ses maladies, et jusqu'à ce que cette connaissance soit atteinte, des différences de conception ne sont pas seulement inévitables, mais nécessaires, pour stimuler les progrès de la lutte contre les maladies.

Actuellement, la conception sur laquelle repose l'ostéopathie diffère si radicalement de celle de la principale école de médecine qu'une union des deux écoles, pratiquement impossible, ne pourrait produire que des hybrides et des incompétents, puisque c'est la conception qui détermine le traitement.

cipes biologiques appliqués à la thérapeutique. Je saisis l'occasion de lire ce que nous considérons comme quelques principes essentiels à la base de nos conceptions ostéopathiques.

> Nous croyons que l'organisme humain possède la capacité inhérente de réagir contre les influences dangereuses, extérieures ou intérieures, qui s'exercent sur lui, et que cette aptitude est plus importante pour le traitement et la guérison des maladies que les éléments capables de provoquer la maladie. Nous croyons que le but principal du traitement est d'établir ou de libérer dans l'organisme le plus haut degré de réaction efficace qui soit possible dans les circonstances. Que les éléments physiques et mécaniques qui entravent l'efficacité de la réaction sont souvent présents dans le corps. Nous croyons encore que la thérapeutique manuelle peut corriger bien des défauts de conformation ou de mécanisme et rétablir l'équilibre homéostatique en présence de la maladie.

Ce texte répond-il à la question de l'honorable monsieur?

D. Je suis presque aussi perplexe qu'auparavant.

M. HOWDEN: De la lecture du mémoire et de l'audition du témoignage, je conclus que le succès de l'ostéopathie est basé, dans une large mesure, sur les mêmes principes d'anatomie, de physiologie et d'histologie que le succès de la médecine générale. Si donc, les ostéopathes basent leur recherche des principes d'hygiène sur les mêmes études que nous, médecins orthodoxes, puis-je demander quelle est la différence essentielle entre leur science et la nôtre?

Le TÉMOIN: Cette fois encore, monsieur le président, puis-je demander au docteur Eggleston de répondre?

Le Dr EGGLESTON: Je suis obligé de répéter ma réponse à l'une des questions de M. Bruce. Notre principale différence avec l'école de médecine allopathique est une tentative pour envisager la maladie du point de vue biologique. Nous ne croyons pas que la maladie est une chose en soi, une entité qui attaque le corps. C'est un processus, un processus biologique que le corps cherche à surmonter, en combattant les organismes, les toxines, les éléments funestes qui se trouvent en lui.

M. HOWDEN: D'où viennent-ils?

Le Dr EGGLESTON: Ce sont des bactéries, des poisons; leur origine est la même que dans vos diagnostics.

M. HOWDEN: D'après ce que vous avez dit tout à l'heure, j'avais compris que la pricipale différence entre nous est que vous ne reconnaissez pas l'existence de ces organismes étrangers.

Le Dr EGGLESTON: Je ne puis mieux répondre qu'en vous présentant le programme de l'une de nos maisons d'enseignement. Nous étudions les mêmes sciences essentielles, nous voyons les mêmes microbes, qui ont le même aspect et sont cultivés de la même manière dans nos laboratoires. Le corps réagit de la même manière. Nous croyons que pour surmonter l'effet pernicieux, l'élément le plus important est la réaction individuelle du corps. Nous reconnaissons la valeur thérapeutique de tout ce qui peut améliorer l'efficacité de ce mécanisme protecteur du corps; mais nous croyons aussi qu'il faut s'occuper du malade aussi bien que de la maladie.

M. HOWDEN: Je puis dire que votre conception de la maladie se rapproche beaucoup de la nôtre.

Le Dr EGGLESTON: Absolument.

M. KINLEY: Le traitement de l'infirmière Kenny, pour la paralysie infantile a attiré l'attention des médecins de tout le Canada. Relève-t-il de l'ostéopathie ou de l'autre école de médecine?

Le TÉMOIN: Puis-je répondre à cette question? Le principe appliqué dans le traitement Kenny est entièrement conforme aux conceptions ostéopathiques. L'infirmière Kenny n'a pas étudié l'ostéopathie, mais, plus ou moins par hasard, elle a trouvé certaines choses. Le traitement décrit dans nos collèges est très analogue. Certaines choses auxquelles elle recourt doivent être faites chez nous d'une manière un peu plus scientifique. Elle a interprété la paralysie infantile à son point de vue, qui n'est pas entièrement scientifique, mais il n'est pas douteux qu'elle ait obtenu des résultats, de même que nous avons obtenu nous-mêmes, depuis un certain nombre d'années, de bons résultats dans les cas de paralysie infantile que nous avons pu traiter. Nous avons rarement eu la chance, en Ontario, de traiter la maladie dans sa phase aiguë, où la thérapeutique doit réellement intervenir. Quand le virus a causé des dégâts, détruit les cellules nerveuses, nous ne pouvons pas remplacer le tissu mort. Nous pouvons améliorer l'état des tissus lorsqu'il reste de la vie dans les nerfs; nous pouvons alors rétablir les conditions normales, pour des raisons pathologiques que les médecins ici présents comprennent.

M. MCILRAITH: Je crois qu'il y a des ostéopathes dans le Corps d'aviation royal canadien. Je voudrais des renseignements sur leur situation, leur statut.

Le TÉMOIN: Je vous les donnerai volontiers quand je pourrai. Je vais demander au docteur Eggleston de répondre à cette question.

Le Dr EGGLESTON: Le Corps d'aviation royal canadien a adopté une mesure permettant aux médecins ostéopathes de s'enrôler pour exercer leur art dans le service médical de l'aviation. Pour mieux m'expliquer, je vais lire le bulletin de recrutement en vertu duquel la mesure a été prise:

> Le Corps se propose d'enrôler un nombre limité d'ostéopathes. Ils devront soigner tous les cas qui leur seront envoyés par les officiers médicaux. Leur emploi est prévu dans les grandes unités et au quartier général de l'aviation.
>
> Bien que cette mesure n'ait pas encore été approuvée, les demandes des candidats compétents devront être envoyées le plus tôt possible au quartier général de l'aviation, pour être examinées conformément à l'ordonnance M.10/25.

Le bulletin continue en énumérant les conditions requises, et en donnant la liste des membres de la *Canadian Osteopathic Association.* Après l'émission de ce bulletin, des ostéopathes se sont enrôlés avec le grade de sergent et sur la promesse, obtenue par correspondance avec M. Power, ministre de l'Aviation, et avec le vice-maréchal de l'air Sully, que leur promotion à des grades supérieurs, dans l'aviation, dépendrait uniquement de leur aptitude. La *Canadian Osteopathic Association* fut invitée par le commodore Ryan, qui était alors directeur des services médicaux de l'aviation, à donner une série de conférences sur la pratique de l'ostéopathie, à la 18e école de médecine de l'aviation. Cette invitation fut acceptée, et les conférences furent préparées. L'ouverture de la 18e école de médecine fut ajournée, et l'on devait nous faire savoir à quelle date cette ouverture aurait lieu, dans l'espoir que nous pourrions nous y conformer. Entre cet ajournement et l'ouverture effective de l'école de médecine, un changement s'est produit dans la direction des services médicaux, et au cours de ce changement, l'invitation qui nous avait été faite s'est perdue. En réponse aux questions portant sur ce qui s'est fait, nous avons une lettre du capitaine de groupe J. W. Tice, commodore de l'air et directeur des services médicaux, qui écrit:

> J'ai parlé à divers membres des services médicaux de la question des conférences dont vous parlez, et je regrette de vous informer que ces conférences ne me paraissent pas nécessaires à l'heure actuelle. Vous

Le journal de l'*American Medical Association*, dans un récent éditorial, dit ceci, au sujet du rapport Beveridge et des plans de sécurité sociale:

> Enfin vient le principe du libre choix. Le libre choix est la base même de la démocratie américaine: libre choix de l'école où l'on étudie, du journal qu'on lit, de l'église où l'on prie, du magasin où l'on achète, de l'automobile où l'on circule, de la banque où l'on dépose des fonds, de l'hôpital où l'on se fait soigner, du médecin et de l'avocat que l'on consulte.

Ce principe démocratique du libre choix du médecin est également approuvé par la *Canadian Medical Association.*

Depuis cinquante ans que l'école ostéopathique de médecine existe, le levain de l'ostéopathie a fermenté. Les idées et les conceptions médicales évoluent, et se rapprochent peu à peu de celles de l'ostéopathie.

Des médecins ont écrit sur certains sujets des livres qui auraient presque pu être écrits par des ostéopathes.

Nous estimons que la science et l'art de soigner sont encore dans leur enfance—comme tout médecin honnête, dans toutes les branches de la médecine, l'admettra sûrement—et à cette époque de recherche et de progrès, dans toutes les écoles médicales, ce serait une grande faute que de songer à remettre la vie de nos compatriotes entre les mains d'une seule école de médecine, à l'exclusion de toutes les autres.

Sans doute n'a-t-on pas l'intention d'agir ainsi; mais un examen minutieux des propositions soumises par la *Canadian Medical Association* oblige à conclure qu'elles tendent à l'établissement d'une dictature médicale, en dépit des nobles allusions au libre choix des médecins, ce choix ne pouvant se porter que sur des médecins de la principale école de médecine, de sorte qu'il n'y aurait pas de choix du tout.

La suggestion de reconnaître d'autres écoles comme des services auxiliaires, auxquels il serait fait appel quand les médecins le jugeraient bon, n'est pas satisfaisante. Notre expérience établit que tous les subterfuges ont été employés, auprès de la majorité de nos malades, pour essayer de les empêcher de recourir à l'ostéopathie. Quand un malade vient nous consulter, c'est généralement malgré le conseil des médecins.

L'insistance répétée sur le niveau supérieur des services médicaux produit un effet magnifique. Il y a quelques années, la question de l'ostéopathie a été discutée dans une réunion médicale tenue à Ottawa, et, d'après les comptes rendus des journaux, on signala que la clientèle des ostéopathes se recrutait, non pas dans les classes ignorantes, mais parmi les gens instruits, parmi les chefs de file dans toutes les classes. Cette clientèle pourrait se procurer les meilleurs services médicaux, mais elle recourt à l'ostéopathie. Ce n'est pas un secret que des membres de la famille royale britannique recourent à l'ostéopathie depuis des années. L'un des premiers gestes du feu duc de Kent, à son arrivée à Ottawa, lors de son dernier voyage, fut de consulter un ostéopathe.

Votre Comité aborde une grande tâche, qui comporte une énorme responsabilité. Vos objectifs sont idéalistes, presque utopiques. Dans un monde aussi perfectionné, il n'y aurait pas de place pour l'habituelle intolérance médicale à l'égard des nouveautés. On ne pourrait pas répéter la manœuvre qui a fait insérer dans les statuts de l'Ontario une loi privant un groupe de médecins du droit d'utiliser leur diplôme et le titre de docteur, et qui confère ainsi à l'Ontario le discutable honneur d'être le seul pays du monde à promulguer une loi aussi puérile. Dans cette ère nouvelle, un esprit plus droit et plus charitable prévaudra sûrement.

Dans un discours récent, Winston Churchill a parlé de l'amicale rivalité des armées britanniques et françaises en Algérie. Le même esprit ne devrait-il pas exister entre la principale école de médecine et l'école ostéopatique? Nous le croyons.

En conclusion, il faut se rappeler que tous les médecins et chirurgiens ostéopathes compétents, qu'ils exercent au Canada ou aux Etats-Unis, sont diplômés des collèges d'ostéopathie approuvés. Permettez-nous, en conséquence, de proposer respectueusement que dans toute loi de sécurité sociale ou d'assurance-maladie, les mots "docteur", "médecin", "chirurgien", ou "praticien", partout où ils apparaissent, soient censés comprendre les médecins ostéopathes, sur la même base que les médecins des autres écoles. Permettez-nous aussi de recommander respectueusement:

1. Que le gouvernement fédéral réglemente l'exercice des arts médicaux au Canada par une loi semblable à la Loi publique nº 831, promulguée par le Congrès des Etats-Unis, et qui décrète: "Les règlements administratifs accorderont les mêmes droits et les mêmes privilèges aux diplômes de docteur en médecine et de docteur en ostéopathie."

2. Que, puisque le public paiera les services d'hygiène projetés, le public contrôle toujours la gestion de ces services, par l'intermédiaire de l'administration fédérale. Au point de vue des citoyens, au point de vue de l'intérêt général de la population, l'aspect le plus important de toute mesure sociale est qu'elle soit administrée suivant les principes démocratiques, qu'elle ne soit pas contrôlée par un groupe, qu'elle ne soit pas appliquée dans l'intérêt d'un ou de plusieurs groupes déterminés. Le principe de la démocratie ne doit pas être violé.

3. Que le gouvernement canadien ne soumette pas les citoyens à la domination d'une école de médecine, en leur refusant l'autorisation de recourir à d'autres écoles qui sont souvent les seules à pouvoir soulager leurs souffrances.

4. Que, tous les citoyens devant bénéficier également de tout plan obligatoire d'assurance-maladie, toute minorité qui n'approuve pas les procédés orthodoxes de traitement ne soit pas obligée de contribuer à l'assurance médicale. Dans le bill proposé, l'assurance ne devrait pas s'appeler "assurance-maladie", mais plutôt "assurance médicale", puisqu'elle ne procure que les services d'une seule école de médecine, l'école orthodoxe.

5. Que, si des hôpitaux publics sont établis au Canada, ces hôpitaux admettent tous les citoyens et toutes les écoles de médecine. Que tous les subsides prévus dans le projet de loi et toutes les sommes allouées pour des recherches en matière d'hygiène soient mises à la disposition de toutes les branches des arts médicaux.

6. Que le gouvernement canadien, par l'organe de son ministère des Pensions et de la Santé nationale, provoque une collaboration plus étroite et un esprit plus amical entre les écoles de médecins allopathiques et ostéopathiques, afin de purifier complètement l'atmosphère et de rejeter ce qui est périmé. Un libre échange d'opinions contribuerait au progrès des arts médicaux, mais il doit s'effectuer dans un esprit de camaraderie et de bonne volonté, et non pas dans l'esprit dominateur prévu dans le bill d'assurance-maladie.

Le PRÉSIDENT: Messieurs, êtes-vous prêts à poser des questions? Docteur Bruce, avez-vous une question à poser?

M. Bruce:

D. Ce document me paraît extraordinaire. Je ne vois pas qu'il réponde à beaucoup des questions auxquelles j'attendais des réponses. Je ne sais toujours pas ce qu'est l'ostéopathie. Voudriez-vous l'expliquer?—R. Monsieur le président, puis-je demander au docteur Eggleston de répondre à cette question?

Le Dr EGGLESTON: Monsieur le président, il est très difficile de définir une école de médecine, qui évolue et progresse continuellement. Je doute que le docteur Bruce soit prêt à définir l'école allopathique de médecine, ce qui la limiterait à son niveau d'aujourd'hui alors qu'elle peut être plus importante et perfectionnée demain. L'école ostéopathique de médecine est basée sur certains prin-

M. FULFORD: Oh, non.

M. MCCANN: Je veux dire 3,500 personnes.

Le TÉMOIN: Non pas tant; environ 400.

Le PRÉSIDENT: Quatre cents.

Le TÉMOIN: La réponse est quatre cents—moins de 400.

M. MCCANN: Calculez vous-même, sur la base de 150 ostéopathes. Cela dépend du chiffre, s'il est de 55,000 par an ou de 550,000. Je prends pour acquis que l'allégation du mémoire est exacte, que 150 médecins ostéopathes ont traité 550,000 personnes en dix ans. Est-ce bien cela?

Le TÉMOIN: Dans toute la période.

M .MCCANN: Comme vous voudrez. Si 150 ostéopathes traitent 55,000 personnes, vous n'avez pas une grosse clientèle, et s'ils traitent 550,000 personnes par an, ils essaient de servir trop de gens, car la moyenne pour les médecins est de 1,000 à 1,100 personnes; et s'il est vrai que de nombreux districts sont mal desservis à cause de la pénurie actuelle de médecins, je prétends qu'il serait absolument impossible aux médecins ostéopathes au Canada de traiter convenablement la population civile.

M. SHAW: N'a-t-on pas dit qu'un médecin d'un centre industriel soignait 2,500 malades?

M. MCCANN: Il y a une différence entre une usine et une population clairsemée que vous visitez dans ses foyers. Dans les usines, les médecins ont les installations voulues pour traiter les malades. Je voudrais certains renseignements sur le niveau et le nombre des médecins ostéopathes au Canada. Existe-t-il une école reconnue, une université reconnue au Canada, qui ait établi une chaire pour l'enseignement de l'ostéopathie? Je ne crois pas qu'il y en ait. Prenons la situation au Canada. Je puis comprendre l'opposition qui s'est produite. Ces ostéopathes sont tous diplômés d'écoles étrangères. Il est très normal qu'ils ne soient pas acceptés par les provinces canadiennes, à moins de se conformer aux règles essentielles de l'enseignement professionnel. Ils sont acceptés dans deux provinces, l'Alberta et la Colombie-Britannique. L'un des messieurs qui ont parlé de la situation des ostéopathes dans les services médicaux des forces armées a signalé qu'ils ont été acceptés dans l'aviation, mais il est clairement indiqué qu'ils rendent des services auxiliaires —d'après le texte que ce monsieur a lu—sous la direction des médecins; n'est-ce pas exact?

Le TÉMOIN: Pas tout à fait. Ils doivent traiter les cas qui leur sont envoyés par les médecins.

M. MCCANN: Exactement.

Le TÉMOIN: Si je vous envoie un cas, je ne vous dis pas de faire ceci et cela. Si vous m'envoyez un cas—tous les médecins de Toronto nous en envoient—nous suivons toujours notre propre diagnostic, et nous décidons du traitement à donner dans un cas déterminé. Nous avons essayé de vous démontrer que nous sommes médecins et chirurgiens, mais nous ne pouvons pas nous servir d'un thermomètre ou d'un stéthoscope, et nous ne sommes pas autorisés à prendre la pression du sang—nous ne sommes autorisés à rien. Nous ne sommes que des services auxiliaires; nous ne sommes que des serviteurs.

M. MCCANN: Votre situation est toute différente en temps de guerre; elle est toute différente dans les forces armées de ce qu'elle serait dans la vie civile, et ce plan d'assurance-maladie prévoit qu'un service comme le vôtre serait placé sous la direction des médecins et pourrait être utilisé comme service auxiliaire. C'est exactement l'attitude adoptée par les autorités médicales des services armés, qui doivent assumer leurs responsabilités. Vous dites que dans certains états des Etats-Unis, les ostéopathes sont autorisés à rédiger des rapports qui sont acceptés par les compagnies d'assurance-acci-

dents et d'assurance-maladie. Certains de ces Etats acceptent-ils l'examen des candidats à l'assurance-vie par des médecins ostéopathes?

Le Dr McVITY: Je n'ai pas ces chiffres, mais on pourrait les donner. Nous pourrions vous les procurer. Je pourrais répondre que la question ne se rapporte pas aux Etats-Unis. Les compagnies d'assurance-accidents et d'assurance-maladie acceptent les rapports de nos médecins, ici même, au Canada.

M. McCANN: Dans quelles parties du Canada?

Le Dr McVITY: Et elles insèrent cette stipulation dans leurs polices, comme nous l'avons dit dans le mémoire.

M. McCANN: Quelle catégorie d'assurance?

Le Dr McVITY: Accident et maladie.

M. McCANN: Je vous interroge sur l'assurance-vie au Canada. Les compagnies acceptent-elles l'examen des candidats à une police d'assurance-vie par un médecin ostéopathe? Je ne le crois pas.

Le Dr McVITY: La réponse est oui. Des compagnies d'assurance-vie acceptent nos certificats.

M. McCANN: Quelles compagnies?

Le Dr McVITY: Je ne puis vous les nommer maintenant, mais nous pouvons vous fournir ces certificats.

M. McCANN: Je ne le savais pas. Je croyais qu'ils n'étaient acceptés que pour l'assurance-accidents et l'assurance-maladie, et non pour l'assurance-vie. Il est fait grand état dans le mémoire de l'intolérance témoigné à cette branche de la profession médicale qui se dénomme l'ostéopathie. Il n'y a rien dans votre mémoire, ni dans les mémoires qui nous ont été présentés, et qui ne reconnaissent pas la médecine orthodoxe, pour prouver votre allégation. Je soutiens qu'il n'y a rien de fondé dans votre déclaration qu'il y a eu de l'intolérance ou du préjugé à l'égard de votre profession. C'est le peuple canadien qu'il faut considérer et nous faisons en sorte de le protéger. Nous sommes en face d'une conception entièrement erronnée. Nous désirons donner nos services à 11,000,000 de personnes et vos gens n'ont pas les moyens de rendre service à 1,000,000 si nous nous en remettons à votre branche particulière de la médecine et à ceux qui se désignent comme praticiens soignant sans médicaments. L'objectif de la profession médicale est de rendre service à la masse des gens et, suivant moi, les médecins sont les seuls qui, du point de vue du nombre et de la formation convenable, puissent rendre un tel service. Permettez-moi de vous poser une question: quelles installations les ostéopathes ont-ils à offrir pour l'hospitalisation, la spécialité, le service personnel afin de donner suite avec succès à l'assurance-maladie?

Le TÉMOIN: Monsieur le président, pour une profession aussi numériquement faible que la nôtre au Canada, et dans les circonstances que nous avons tenté de vous démontrer dans le mémoire, comment pourrait-il en être autrement? C'est pourquoi nous avons fait mention de notre rang aux Etats-Unis. Nous avons fait mention du fait que, soit que nous pratiquions au Canada, soit que nous pratiquions aux Etats-Unis, nous sommes les gens qu'on appelle, entièrement compétents. Nous ne sommes pas des praticiens soignant sans médicaments, docteur McCann. On préfère nous donner ce titre dans l'Ontario, et si c'est le désir de la majorité nous n'y pouvons rien. Nous demandons, simplement la permission de rendre nos services. Il se peut qu'ils soient petits. Il ne faut pas oublier que la France combattante a contribué à la victoire de Tunisie. Et si elle avait été éliminée parce qu'elle était une petite armée? Les Français combattants ont fait leur part tout aussi efficacement, sans doute, que tout autre corps d'armée, et nous pouvons faire également notre part dans la lutte contre la maladie, tout aussi efficacement, je crois, que vous-mêmes. De fait, notre formation est identique.

constaterez que mon opinion, sur ce point, diffère de celle de mon prédécesseur, et si cela vous cause un dérangement quelconque, j'en exprime mes regrets.

Le dérangement qui nous est causé est que huit médecins ostéopathes se sont engagés dans le service médical de l'aviation, dans un esprit d'entière collaboration, en croyant pouvoir rendre des services à l'aviation. L'occasion d'exercer, offerte dans la proposition d'engagement, ne leur a pas été fournie. L'occasion d'expliquer leurs services dans des conférences, préparées sur l'invitation de l'ancien directeur des services médicaux, ne leur a pas été fournie.

M. SHAW: A-t-on offert à ces hommes de les démobiliser?

Le Dr EGGLESTON: Je ne puis répondre directement. Je crois qu'un autre membre de l'association pourra le faire.

M. MCCANN: Comment expliquez-vous le changement d'opinion entre le docteur Tice et son prédécesseur?

Le Dr EGGLESTON: Je ne puis pas lire dans l'esprit du docteur Tice.

Le PRÉSIDENT: Les ostéopathes dont vous parlez, et qui sont dans l'aviation, ne seraient-ils pas correctement classés comme services auxiliaires—le terme contre lequel vous protestez—accomplissant des travaux ou donnant des traitements sur les instructions des officiers médicaux qui leur envoient les cas à soigner?

Le Dr EGGLESTON: Les jeunes gens qui ont été recrutés devaient faire leur travail et pratiquer l'ostéopathie.

Le PRÉSIDENT: Indépendamment des médecins?

Le Dr EGGLESTON: Non. Sous la direction des médecins. Nous présentons deux arguments. Premièrement, qu'ils ont été enrôlés avec l'espoir d'avancement suivant leurs mérites...

Le PRÉSIDENT: Avancement en indépendance?

Le Dr EGGLESTON: Non, en grade.

Le PRÉSIDENT: Mais pas en indépendance?

Le Dr EGGLESTON: Pas en indépendance, dans le système actuel. Leur grade a été gelé au rang de sergent, pour des hommes qui ont été au collège et qui possèdent un diplôme professionnel.

Le PRÉSIDENT: Je ne parle pas du grade, mais de l'autorité qui leur est donnée dans le service; donnez-nous des détails là-dessus.

Le Dr EGGLESTON: Je distingue difficilement entre le grade et l'autorité.

Le PRÉSIDENT: Vous avez dit que les ostéopathes ne peuvent agir indépendamment des médecins.

Le Dr EGGLESTON: Avec le régime actuel, ils ne peuvent traiter que les cas qui leur sont soumis.

Le PRÉSIDENT: La question est éclaircie.

Le Dr EGGLESTON: Malheureusement, ils ne sont pas autorisés à employer la thérapeutique ostéopathique.

M. GERSHAW: Les ostéopathes emploient-ils des remèdes comme l'insuline pour la diabète, ou les médicaments sulfa et les antitoxines pour la diphtérie?

Le TÉMOIN: Ils emploient tous les moyens. Nous sommes médecins et chirurgiens. J'ai parlé de cette fausse représentation en commençant mon exposé. En Ontario, on nous classe comme n'employant pas de remèdes, ce qui est faux. Là où l'exercice de notre art n'est pas restreint comme il l'est en Ontario, nous employons des antitoxines pour la diphtérie; nous avons toujours employé les médicaments sulfa. Peut-être les employons-nous avec moins de prodigalité que les médecins, mais je connais plusieurs médecins de

Toronto qui ont renoncé à ces remèdes à cause de leurs suites fâcheuses, comportant des décès. Nous avons rencontré, dans l'exercice de notre profession, des cas innombrables de gens que l'usage des médicaments sulfa avait rendus invalides pendant des semaines et des mois. Ces remèdes ont pu sauver des vies, nous ne le savons pas, mais au prix d'une lourde rançon. Tous ces remèdes sont compris dans l'ostéopathie, là où l'exercice de notre profession n'est pas restreint.

M. SHAW: La déclaration du docteur Eggleston invoque un principe essentiel. Il a dit que huit ostéopathes se sont engagés dans l'aviation, avec cette convention claire qu'ils pourraient exercer l'ostéopathie, peut-être à titre auxiliaire. Et nous apprenons que cette permission leur est refusée. Ma question était la suivante: ces hommes sont-ils obligés de rester dans l'aviation? Le docteur Eggleston nous a dit qu'un autre médecin serait probablement en mesure de répondre à cette question.

Le Dr EGGLESTON: Le secrétaire-trésorier de notre association canadienne pourra mieux vous renseigner que moi, en se servant de la correspondance échangée. Je ne puis vous donner aucun renseignement sur des tentatives pour sortir du service. Les ostéopathes qui sont actuellement dans l'armée espèrent encore pouvoir fournir leur collaboration et rendre les services à leur portée dans la conduite de la guere.

Le Dr PARSONS: La réponse est nettement: Non. On ne leur a fourni aucune occasion de rajustement ou de sortie du service. Ils reçoivent l'ordre de n'agir que suivant les instructions des médecins, et jusqu'ici ces instructions n'ont pas compris le recours à l'ostéopathie.

Le PRÉSIDENT: Ont-ils demandé un rajustement?

Le Dr PARSONS: J'ai moi-même prié l'aviation de leur en fournir l'occasion, mais jusqu'ici rien n'a été fait.

M. COTÉ: A quel titre servent-ils actuellement?

Le Dr PARSONS: Ils servent comme sergents dans le service médical. Ils sont habituellement affectés à un service de physiothérapie, qui comporte l'application de massages, l'usage de liniments, de lampes ou de machines à ondes courtes, qui ne sont que des annexes du traitement ostéopathique.

M. MCCANN: Le mémoire qui nous a été présenté ce matin par les ostéopathes du Canada, et les mémoires analogues qui nous ont été présentés, antérieurement, par les chiropraticiens, les *Christian Scientists*, la *Medical Liberty League* et plusieurs autres, traitent surtout de la situation aux Etats-Unis. Ce que nous voulons connaître, c'est la situation au Canada, et son adaptation éventuelle au plan d'assurance-maladie. En contraste, j'attirerai l'attention du Comité sur le genre de mémoires que nous ont présentés la *Canadian Public Health Association*, le *Canadian Medical Association*, et différentes associations de l'école allopathique, qui ont essayé de nous représenter la situation existant au Canada et les dispositions prises pour l'enseignement médical, pour l'hospitalisation et pour l'application d'un système d'assurance-maladie, si on le met en vigueur. Le monsieur qui nous a présenté le mémoire dit que 150 médecins ostéopathes, au Canada, ont traité 550,000 personnes depuis dix ans. Je présume qu'il veut dire 550,000 personnes par an ou 550,000 dans les dix ans?

Le TÉMOIN: Dans les dix ans. Dans la mesure où nous pouvons préciser un chiffre comme celui-là.

M. MCCANN: Cela représenterait environ 55,000 personnes par an. Est-ce exact?

Le Dr MCVITY: Cela représente 55,000 personnes différentes, ou 55,000 traitements individuels?

M. MCCANN: Si les 150 ostéopathes traitent 55,000 personnes en un an, chaque ostéopathe traite environ 30,000 personnes.

M. SHAW: Monsieur le président, on a demandé au témoin si son organisme acceptait sans réserve l'assurance-maladie. Je ne crois pas que ce soit une question raisonnable vu qu'aucun organisme a accepté sans réserve l'assurance-maladie.

M. MCCANN: Posez vos propres questions.

M. SHAW: Vous dites que non seulement votre organisme a été mis dans une position inférieure, mais encore que vous avez eu à faire face à des conditions injustes, que vous avez été en butte aux préjugés et aux autres embarras qui vous ont été créés. Ne serait-ce pas le moment de donner notre attention non seulement à l'assurance-maladie en particulier mais aussi au traitement équitable des divers organismes du pays.

Le TÉMOIN: C'est exactement ce que nous avions en vue en présentant ce mémoire. Nous aurions préféré ne pas parler de cette intolérance, mais malheureusement c'est un fait. Il vous est facile de vérifier; on la trouve partout et nous n'en sommes pas responsables. Nous avons tenté de faire appel à la justice, non seulement pour nous-mêmes mais aussi pour les malades qui ont confiance dans l'ostéopathie et pour les membres des forces armées qui ont droit à l'ostéopathie. Si l'on veut bien me permettre encore quelques mots, le problème de l'armée et de l'aviation est facile à résoudre; la solution n'est pas agréable pour la médecine organisée, il s'agit simplement d'élever le grade pour que notre praticien soit sur un pied d'égalité avec le médecin. Alors, il pourrait y avoir coopération, une concurrence ou rivalité amicale, si vous le voulez, et nous pourrions être d'une grande utilité, soyez-en assurés, pour les soldats.

M. MCCANN: Vous ne pourriez pas faire un travail égal.

Le TÉMOIN: Pas en nombre, pas en quantité, mais en qualité. Nous pouvons diagnostiquer quoi que ce soit.

M. MCCANN: Je vous demande pardon, pas en qualité, non plus.

Le TÉMOIN: C'est votre opinion.

M. MCCANN: Vous n'avez pas accès aux institutions ou ce travail est effectué.

Le TÉMOIN: Puis-je demander pourquoi nous n'y avons pas accès?

M. MCCANN: Pourquoi?

Le TÉMOIN: Oui.

M. MCCANN: Parce que vous en êtes empêchés par certains corps législatifs. Le Comité et le Parlement n'ont rien à y voir.

M. FULFORD: Pourquoi alors ces restrictions?

Le PRÉSIDENT: Cette question ne peut être discutée ici.

M. LOCKHART: En tant que membre du Comité spécial qui siège pour obtenir des vues intelligentes, je puis dire que des mémoires qui ont été présentés font voir les bienfaits de la culture physique, particulièrement dans l'Union soviétique. Je crois que les témoins qui ont répondu aux questions sur tel domaine particulier de l'assurance-maladie ou de l'assurance sociale pour le Canada se sont montrés prêts à accepter tout ce qui pourrait être avantageux dans un projet fédéral touchant en particulier la santé et l'amélioration du peuple canadien. Je ne crois qu'ils s'objectent à quoi que ce soit de cette nature. Ils ne s'objectent pas à la culture physique.

Le TÉMOIN: Non. Généralement parlant, je pourrais dire oui pourvu que cette idée de service auxiliaire ne vienne pas en jeu. Si on nous fournit l'occasion de faire ce que nous avons la compétence de faire, naturellement nous sommes en faveur. Si c'est en vue d'améliorer la santé publique, nous voulons y participer.

Le PRÉSIDENT: En votre nom, j'offre nos remerciements à la *Canadian Osteopathic Association* pour la présentation de son mémoire. Nous allons ajourner à demain midi, alors que nous entendrons les représentants des comités de recherches médicales du Conseil national de recherches.

M. MCCANN: Avant d'ajourner, voudriez-vous donner votre attention à ma demande de ne pas siéger la semaine prochaine, vu que l'Association parlementaire siégera chaque matin la semaine prochaine.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur McCann, votre demande sera prise en considération.

A 1 h. 15 de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir le lendemain à midi.

Pourquoi s'en prendre à nous et dire que nous sommes dans un autre pays? Vous êtes beaucoup plus près de plusieurs de nos collèges aux Etats-Unis que vous ne l'êtes de beaucoup d'endroits au Canada. Vous pouvez avoir tous les renseignements que vous désirez. Par exemple, nous avions la permission avant l'adoption de la présente loi, de subir les examens du conseil médical, mais même alors on tentait de prouver que nous étions un service auxiliaire. Nous avons essayé de démontrer par notre mémoire que cette conception est fausse et erronnée. Il reste le fait que nous n'avons pas de collèges au Canada et que nous en avons aux Etats-Unis.

M. BREITHAUPT: Monsieur le président, j'ai compris que c'était le moment de poser des questions et non de faire de nouveaux exposés.

Le TÉMOIN: J'essaie de répondre au docteur McCann qui m'a posé deux ou trois questions. Je tâchais d'effacer l'impression qu'il avait créée. Je crois avoir fini.

M. MCCANN: Me serait-ils permis de poser la question suivante: votre organisme est-il en faveur du principe de l'assurance-maladie sans réserve ou avec la réserve que ses membres soient acceptés sur un pied d'égalité avec la profession qui l'emporte en nombre sur lui dans la proportion de mille contre un?

Le Dr EGGLESTON: Oui. J'aimerais à demander au docteur McCann s'il veut que nous entreprenions de soigner autant de gens que la profession médicale? La réponse est évidemment non. Si vous voulez savoir si nous entreprendrions de soigner autant de citoyens canadiens que la profession médicale du Canada, la réponse est évidemment négative. En tant que nous avons pu développer nos installations au Canada, selon la loi de l'Ontario et la loi de Québec, qui n'existe pas, nous avons établi notre service dans la mesure qui nous était permise.

Il y a un instant, le docteur McCann a mentionné le fait que des écoles de thérapie avaient été développées aux Etats-Unis. Je ne savais pas qu'il y avait des frontières pour la science. Je suis certain que vous n'avez pas jeté le radium qui se trouvait dans vos hôpitaux simplement parce qu'il avait été découvert en France.

M. MCCANN: Qu'il me soit permis d'apporter une correction. Je ne me suis pas objecté parce qu'elles étaient développées aux Etats-Unis. Je ne me suis pas objecté du tout. Je dis que toutes ou presque toutes vos allusions à ce qui a été accompli et aux lois qui régissent votre profession étaient basées sur ce qui se passe ou s'était passé aux Etats-Unis. Nous voulons avoir des renseignements sur ce qui concerne notre pays. En tant que Comité, nous sommes à faire l'étude du projet de loi de l'assurance et des conditions qui existent dans notre pays par rapport au besoin de l'assurance-maladie et aux autres éléments qui peuvent contribuer à faire fonctionner cette assurance.

Le PRÉSIDENT: Quelle est votre question, docteur McCann? Quelle est votre question au témoin?

M. MAYHEW: Puis-je demander au témoin si les hôpitaux d'Ontario acceptent les malades qui viennent des ostéopathes?

Le TÉMOIN: Les hôpitaux d'Ontario bien que construits au moyen des fonds publics, sont entièrement régis par les membres de la profession médicale, et comme le fait a été mentionné dans une réponse précédente, il y a toujours cette malheureuse attitude que quelques-uns—je n'aime pas à le dire—

M. MAYHEW: Répondez oui ou non à la question.

Le TÉMOIN: Il y a l'attitude envers le chien dans un jeu de quilles.

M. MAYHEW: Voulez-vous répondre à la question.

Le PRÉSIDENT: Répondez oui ou non.

Le TÉMOIN: Nous ne sommes pas admis dans les hôpitaux de l'Ontario; je devrais dire plutôt que nos malades n'ont pas le droit de recevoir les services de l'ostéopathie.

Le PRÉSIDENT: La réponse est non.

Par M. Howden:

D. Puis-je poser une question? A la page 17 du mémoire, vers la fin de la page, se trouve cette énonciation: "Nous voudrions contribuer à éclaircir la situation en déclarant notre conviction que toute tentative en vue d'incorporer l'ostéopathie dans un cours de médecine échouera inévitablement". D'après les déclarations faites par les témoins, ce matin, monsieur le président, ces derniers approuvent la science allopathique de la médecine. Ils disent que nous avons fait d'excellent travail; que leur base d'étude et d'enseignement est la même que la nôtre. Ils admettent l'usage des antitoxines et de l'insuline pour le traitement de maladie. Vraiment, si je m'en rapporte aux déclarations qu'ils ont faites ce matin, je ne vois pas beaucoup de différence avec notre pratique ordinaire de la médecine. Je demande comment ils peuvent justifier la déclaration faite à la page 17, ".....que toute tentative en vue d'incorporer l'ostéopathie dans un cours de médecine échouera inévitablement". Voudriez-vous expliquer davantage cette déclaration?—R. Je demanderais au docteur Eggleston de fournir ces explications.

Le Dr EGGLESTON: Monsieur le président, la différence qui existe entre l'école de médecine astéopathique et l'école de médecine allopathique se trouve dans son concept. Les écoles de médecine—je tiens à être corrigé si je fais erreur—ont une base commune sur laquelle repose la thérapie, la chimiothérapie. Pourriez-vous dire que c'est la chose la plus importante en médecine allopathique?

M. MCCANN: Non.

Le Dr EGGLESTON: Me serait-il permis de répondre à cette question en en posant une autre? Pourriez-vous définir l'idée fondamentale de la médecine allopathique?

Le PRÉSIDENT: Je regrette, mais je dois déclarer cette question hors d'ordre. Voulez-vous, s'il vous plaît, répondre à la question.

Le Dr EGGLESTON: La seule manière de répondre est de faire comprendre aux membres du Comité qui ne sont pas médecins ce qu'on entend par l'idée fondamentale de la thérapie. L'idée fondamentale de la thérapie est développée depuis la première année du cours jusqu'à la collation du diplôme. L'idée fondamentale de la thérapie médicale tend vers un autre point de vue dans la formation et aucune des deux écoles a fait suffisamment de progrès vers la vérité ultime pour que l'une soit entièrement sacrifiée à l'autre.

M. MCCANN: Monsieur le président, je n'ai pas obtenu une réponse complète à la question que j'ai posée il y a un instant. Cet organisme est-il sans réserve en faveur du principe de l'assurance-maladie, ou fait-il la réserve qu'il la favorise pourvu qu'il soit accepté sur un pied d'égalité avec la médecine?

Le TÉMOIN: Je puis répondre définitivement oui, pourvu que le public puisse bénéficier de nos services non pas comme service auxiliaire; c'est là notre contribution.

M. BLANCHETTE: Puis-je demander au docteur DeJardine si la province d'Ontario est la seule province qui ait adopté une législation restrictive à l'égard de l'ostéopathie?

Le TÉMOIN: Non, l'Ontario n'est pas la seule province. Je crois que la chirurgie que nous pratiquons dans la Colombie-Britannique ou peut-être dans l'Alberta, je ne suis pas très certain, est de la chirurgie mineure; il y a restriction quant à la chirurgie majeure, ce me semble.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 22

SÉANCE DU MERCREDI 16 JUIN 1943

TÉMOINS:

Le docteur J. B. Collip, président du Comité de recherches médicales, Conseil national de recherches.
Le chirurgien-commander C. H. Best.
Le docteur Harold Ettinger, professeur de physiologie à l'Université Queen's.
Le docteur Duncan Graham, professeur de médecine à l'Université de Toronto.
Le lieutenant-colonel W. H. Brown, Service des recherches médicales de l'Armée.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le MERCREDI 16 juin 1943.

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

Présents: M. Breithaupt, Mme Casselman (*Edmonton-Est*), MM. Cleaver, Côté, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Gregory, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Leclerc, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-Centre*), MacKinnon (*Kootenay-Est*), Macmillan, McCann, McGarry, Maybank, Mayhew, Shaw et Veniot.—24.

Le président demande au docteur J. B. Collip, président du Comité de recherches médicales, au Conseil national de recherches, de présenter les autres membres de cet organisme qui sont présents. Ce sont:

Le chirurgien-commander C. H. Best;

Le docteur Harold Ettinger, professeur de physiologie à l'Université Queen's;

Le docteur Duncan Graham, professeur de médecine à l'Université de Toronto;

Le lieutenant-colonel W. H. Brown, du Service des recherches médicales de l'Armée.

Le chirurgien-commander Best présente un mémoire. Il est ensuite interrogé par les membres du Comité, ainsi que les autres délégués.

Le président remercie les témoins, qui se retirent.

A midi et 30, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le vendredi 18 juin à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 16 juin 1943.

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

Le PRÉSIDENT: La séance est ouverte. Nous aurons le privilège d'entendre aujourd'hui, des représentants du Comité des recherches médicales, au Conseil national de recherches. Nous recevons des représentants distingués, de renommée non seulement nationale, mais internationale. J'ai le grand honneur, ce matin, de demander au docteur J. B. Collip de présenter le docteur Best et ses collègues.

Le Dr COLLIP: Monsieur le président, messieurs les membres du Comité, les membres des comités adjoints des recherches médicales du Conseil national de recherches ayant la certitude que l'on devrait poursuivre les recherches médicales dans la période d'après-guerre, ont chargé un sous-comité composé du docteur Best, président, du docteur Ettinger, secrétaire, du docteur Graham et de moi-même, de préparer le mémoire qui va vous être présenté. J'ai le plaisir de demander au chirurgien commander Best de présenter le mémoire.

Le PRÉSIDENT: Docteur Collip auriez-vous l'obligeance de présenter vos collègues?

Le Dr COLLIP: Il me fait plaisir de présenter le docteur Harold Ettinger, professeur de physiologie à l'Université Queen; le docteur Duncan Graham, professeur de médecine à l'Université de Toronto et le lieutenant colonel W. H. Brown, qui s'occupe des recherches médicales pour l'armée.

Le chirurgien-commander C. H. BEST est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, mesdames et messieurs, le Comité adjoint des recherches médicales du Conseil national de recherches désire exposer devant le Comité parlementaire spécial de la sécurité sociale que l'on devrait confier au Conseil national de recherches la direction du programme des recherches médicales auquel donnera lieu la loi d'assurance-maladie.

Les vingt dernières années ont été plus fructueuses en recherches médicales que toute autre période de l'histoire du monde. Au Canada, le développement de ces recherches a suivi la découverte de l'insuline. Ce que cette découverte signifie pour le monde entier est rapporté dans une déclaration faite par une grande société d'assurance: "Aujourd'hui, l'enfant diabétique ordinaire de dix ans peut s'attendre à vivre jusqu'à cinquante ans, tandis qu'avant 1922, les enfants diabétiques ne vivaient qu'environ un an après la découverte de la maladie. A trente ans, la probabilité de vie est de 27 années et demie au lieu d'un peu plus de six ans, comme avant la découverte de l'insuline. A cinquante ans, l'amélioration est encore appréciable, la prolongation de la vie est de quatorze années et demie ce qui représente 50 p. 100 de plus qu'avant la découverte de l'insuline. Ces prolongations de vie représentent des années utiles, remplies d'action et non pas des années d'invalidité. De nos jours, le diabétique est en mesure d'occuper sa place au foyer, dans sa localité et de mener une vie normale. L'enfant diabétique va à l'école et suit ses camarades dans les études et dans les jeux. Le diabétique adulte est en état d'accomplir un travail constant et de faire la concurrence à ses compagnons. De plus, la grande amélioration dans l'activité de la vie du

diabétique typique est d'une importance particulière car le nombre des cas de diabète augmente par suite du fait que la population vieillit et que les jeunes soufrant de diabète survivent pour atteindre des âges avancés. Au Canada et aux Etats-Unis seulement, les diabétiques se chiffrent à plus d'un million et une vaste proportion de ceux-ci requièrent le traitement par l'insuline." Un autre motif qui devrait réjouir les Canadiens, c'est que la découverte de l'insuline a poussé un grand nombre de jeunes gens à étudier les secrets des mécanismes de la vie et le traitement d'autres genres de maladie. Les découvertes canadiennes dans le domaine des hormones et dans d'autres placent le Canada au tout premier rang en matière de recherches médicales.

La *Canadian Medical Association* a adopté, en 1937, une résolution priant le Comité de recherches scientifiques et industrielles du Conseil privé d'autoriser le Conseil national de recherches à former un comité adjoint pour s'occuper des recherches médicales. Elle demandait également de convoquer une conférence des représentants des organismes intéressés, tels que facultés de médecine, instituts de recherches médicales autres que les écoles de médecine, service d'hygiène fédéral et provinciaux, associations médicales organisées sur une base nationale, c'est-à-dire la *Canadian Medical Association*, le *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* et autres. Le but de la conférence était de recommander au Conseil national de recherches les membres à nommer au comité adjoint des recherches médicales et de définir les fonctions et responsabilités de ce comité.

Cette conférence tenue au mois de février 1938 recommanda que soit institué, sous la présidence de sir Frederick Banting, un comité adjoint revêtu des pouvoirs suivants:

(*a*) Recevoir les suggestions sur les besoins de recherches médicales et autres sujets connexes;

(*b*) Voir par qui ces recherches pourraient être les mieux poursuivies et formuler des propositions en conséquence;

(*c*) Coordonner les renseignements obtenus et les fournir aux personnes intéressées;

(*d*) Entreprendre tous autres travaux que le comité pourra juger nécessaires pour l'avancement des recherches médicales au Canada.

Le comité adjoint fut organisé dans l'espace de trois mois. Ses membres venant de facultés de médecine d'universités, furent choisis pour leur compétence reconnue et pour leur intérêt à des domaines spéciaux des recherches médicales. Ils représentaient presque toutes les parties du Canada. Le comité entreprit un relevé des possibilités de recherches médicales au Canada. L'intérêt apporté par les jeunes médecins au travail de recherches surprit même le président, sir Frederick Banting, et des plans furent établis pour des vastes travaux de recherches, principalement pour certaines maladies chroniques.

Le comité invita des spécialistes attachés à diverses universités et à des instituts de recherches au Canada à soumettre des problèmes qu'ils étaient prêts à étudier et à demander des subventions pour les aider dans leurs recherches. L'étude des problèmes esquissés dans les demandes était basée sur la nature même du problème, les possibilités de solution, les moyens de recherches et les besoins financiers de l'université ou institut intéressé. On a tenu compte de tous ces points. Par suite de l'affectation de ces fonds, un grand nombre de jeunes gens et de jeunes filles ont eu l'occasion d'apprendre et de mettre en pratique les méthodes de recherches sous la direction de spécialistes canadiens reconnus. L'exécution de ce programme venait à peine de commencer lorsque la guerre se déclara.

Les besoins des forces armées eurent la préséance sur les recherches de temps de paix. Les fonds du comité adjoint ainsi que le travail des jeunes gens et des jeunes filles dans les laboratoires furent appliqués à la solution des problèmes

médicaux relatifs à la guerre. Trois comités adjoints additionnels furent créés, chacun ayant la surveillance des travaux de recherches pour chacun des services de l'armée. Un grand nombre de médecins attachés à des laboratoires d'universités s'enrôlèrent et furent employés aux recherches concernant leurs problèmes particuliers. Des professeurs de médecine qui ont gardé leur chaire ont abandonné leurs recherches du temps de paix pour se consacrer à l'étude des problèmes de guerre et diriger les travaux des jeunes gens dans les services. Je puis dire, mesdames et messieurs que le professeur Graham est président du comité des recherches de l'aviation, le colonel Brown, président du comité des recherches de l'armée et j'ai le plaisir de diriger celui des recherches de la marine.

Les laboratoires de recherches dans les écoles de médecine au Canada sont presque tous occupés maintenant à l'étude de problèmes se rapportant à la guerre. Ici, les recherches faites par les trois comités déjà mentionnés, armée, aviation et marine, progressent; elles sont faites en partie par des jeunes gens mis en disponibilité par les services armés pour travailler dans les laboratoires et en partie par des spécialistes civils. Les problèmes se rapportent surtout aux mesures pour fournir le confort, la sécurité, le choix du personnel, l'adaption aux conditions et au matériel de guerre moderne. Le comité adjoint initial étudie les problèmes fondamentaux de guerre concernant un ou tous les services. Le professeur Collip préside le comité adjoint initial de même que le comité de coordination qui s'occupe du travail des quatre comités.

Un tel programme a eu deux résultats dignes de mention. Le premier, fut la mise de côté de problèmes fondamentaux tels que la physiologie, la biochimie, la pharmacologie et autres dans les divers domaines de recherches de clinique. Ce sont des problèmes qui touchent la santé des Canadiens. Ces recherches doivent être différées, mais elles ne sont abandonnées. Nous ne les perdons pas de vue et nous les poursuivrons une fois la guerre terminée.

Le deuxième, a eu pour effet l'établissement d'un organisme de recherches vaste et compétent. Le comité adjoint des recherches médicales et les autres comités adjoints qui s'occupent des recherches médicales pour les services de l'armée sont complétés par le Conseil national de recherches. Ils se composent en grande partie de professeurs d'universités et de spécialistes en recherches qui donnent gratuitement leurs services au Conseil national des recherches. Certains spécialistes font partie de plus d'un comité,—mais c'est une excellente chose. Leur travail, en grande partie, se poursuit dans les laboratoires de médecine des universités, où les directeurs donnent leur temps à titre gratuit. Un vaste organisme d'unités compétentes de jeunes spécialistes en recherches est en voie d'organisation. Des découvertes importantes ont été faites et elles sont d'une nature si secrète qu'elles ne peuvent être communiquées qu'à un petit nombre. Quelques-uns sont à ce point fondamentales qu'on nous a demandé de les mettre à la disposition des forces armées de nos alliés. Par l'intermédiaire du Conseil national de recherches, il y a libre échange d'idées entre la *Medical Research Council of Great Britain*, et le *National Research Council* des Etats-Unis. En un mot, il n'y a jamais eu au Canada un groupe aussi vaste et aussi bien formé de jeunes spécialistes en recherches médicales, collaborant les uns avec les autres et possédant une connaissance approfondie de leur travail. Nous sommes d'avis qu'un tel organisme devrait être permanent.

Après la guerre, ces jeunes et d'autres qui viendront les rejoindre, seront formés et prêts à entreprendre des recherches concernant les problèmes du pays en temps de paix. Ils auront reçu leur formation du Conseil national de recherches. Ils seront disponibles pour le comité adjoint des recherches médicales qui, comme organisme central, connaîtra le domaine canadien et aura acquis l'expérience voulue pour diriger les travaux avec économie et succès. Ce comité a reçu et continuera de recevoir les conseils et la confiance des plus hauts spécialistes en recherches médicales au Canada.

Le comité adjoint est d'avis qu'à la fin de la guerre, il existera, à l'égard de la population civile, une foule de problèmes médicaux, qui seront aussi urgents que le sont les problèmes médicaux actuels des services de l'armée. La somme d'argent requise pour poursuivre les recherches sera beaucoup plus considérable que celle affectée à cette fin avant la guerre. Ces problèmes peuvent être abordés le plus économiquement et le plus heureusement par l'intermédiaire de l'organisme formé par le Conseil national de recherches et qui n'a cessé de fonctionner avec un succès signalé au cours des cinq dernières années.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur Best. A-t-on des questions à poser au docteur Best?

L'hon. M. Mackenzie:

D. Croyez-vous que les subventions pour recherches médicales devraient être plus fortes après la guerre qu'elles ne l'ont été avant?—R. Depuis la guerre, les subventions dont nous disposons sont plus importantes qu'avant et je crois qu'il est presque impossible de poursuivre convenablement le travail avec les sommes que nous avions à notre disposition avant le début des hostilités. Elles devront être plus fortes si nous voulons garder nos jeunes gens au Canada et poursuivre notre travail comme nous croyons qu'il devrait l'être.

D. Le projet de loi devrait-il faire une mention spécifique des recherches médicales qui doivent être subventionnées?—R. La chose n'a pas été mentionnée d'une manière bien définie.

D. Elle devrait l'être plus spécifiquement?—R. Oui.

M. McCann:

D. Je désire simplement demander au docteur Best quelles sont les subventions accordées par le Conseil national de recherches pour recherches médicales, et si les subventions accordées actuellement à cette fin sont prélevées sur les crédits de guerre ou sur les fonds du Conseil national de recherches. —R. Je ne suis pas en mesure de répondre en détail. Il se peut que le docteur Collip soit plus en mesure que moi de le faire. Je sais que pour la marine, un crédit pour tout genre de recherches, est voté par le gouvernement au Conseil national de recherches et qu'une partie de ce crédit peut être affectée aux recherches médicales pour la marine. Il s'agit d'une somme assez rondelette pour la physique et la chimie et tous les problèmes de la marine, et on a mis de côté une certaine somme qui est administrée par le comité adjoint des recherches médicales de la marine. Je crois que le docteur Graham est un peu dans le même cas.

Le Dr GRAHAM: Oui.

Le TÉMOIN: Ainsi que le colonel Brown, de l'armée. La plupart de nos occupations passent par l'intermédiaire des comités des services et vraiment nous avons autant d'argent que nous en avons besoin. Si un problème nous est présenté, nous obtenons l'argent nécessaire pour entreprendre les recherches, choses que nous ne pouvions pas faire en temps de paix.

L'hon. M. MACKENZIE: Pourriez-vous nous donner une idée approximative du montant dont vous auriez besoin en temps de paix.

Le Dr. COLLIP: Je crois qu'il convient d'ajouter que le crédit du temps de paix a été continué au comité adjoint des recherches médicales, mais qu'il a été considérablement réduit, et aussi, qu'en grande partie l'argent a été dépensé pour les travaux de guerre. Nous avons reçu en outre des fonds provenant des crédits de guerre et ceux-ci ont été plus considérables que les crédits du temps de paix en ce qui concerne le comité adjoint des recherches médicales. Naturellement, les fonds mis à la disposition des comités spéciaux:le comité des recherches médicales de l'armée, le comité des recherches médicales de

l'aviation et le comité des recherches médicales de la marine, proviennent presque entièrement des crédits de guerre.

Le PRÉSIDENT: A-t-on d'autres questions à poser?

Le président:

D. Docteur Best, vous avez fait mention de jeunes spécialistes en recherches qui font un si excellent travail; comment sont-ils rémunérés à l'heure actuelle? Au moyen de subventions?—R. Bien, monsieur, les civils sont rémunérés au moyen de subventions provenant des divers comités des services armés ou des comités adjoints; nous avons aussi à notre disposition un certain nombre de jeunes gens très intéressés qui ont déjà de longs états de service et qui, je puis même ajouter, ont accompli d'excellent travail. Personnellement, je crois que ce serait une bonne chose si leurs efforts pouvaient être combinés à ceux des civils par l'intermédiaire de Conseil de recherches.

D. Ce que vous désirez c'est de voir la chose se réaliser ici, à Ottawa, grâce à des fonds suffisants?—R. Si les forces armées veulent bien nous envoyer des jeunes gens intéressés à ce travail, cela nous aidera à résoudre le problème.

M. McCANN: Il n'y a rien dans la loi d'assurance-maladie qui laisse prévoir que les recherches médicales seront discontinuées, n'est-ce pas?

Le TÉMOIN: Je crois, monsieur, que nous préférerions que cela soit dit d'une manière plus positive, et non pas de la manière qu'on le dit.

Le PRÉSIDENT: Est-ce dit d'une manière négative, à l'heure actuelle?

Le TÉMOIN: C'est négatif, à l'heure actuelle. Nous sommes d'avis que si vous comptez dépenser de fortes sommes d'argent pour soins médicaux, ce serait un très bon placement de mettre une certaine somme de côté pour les recherches qui rendront les traitements plus faciles et meilleurs.

Le PRÉSIDENT: C'est ce que votre expérience a démontré?

Le TÉMOIN: Oui, je le crois.

Mme CASSELMAN: Monsieur le président, à l'assemblée annuelle du *Victorian Order of Nurses*, le commander Best a adressé la parole; il nous a parlé du travail accompli par le Conseil de recherches et je crois que les personnes présentes ont été fortement intéressées et impressionnées, principalement en ce qui concerne les résultats obtenus par la collaboration. J'aurais aimé qu'il ait eu le temps d'insister davantage sur ce sujet.

Le PRÉSIDENT: Merci.

Le TÉMOIN: Puis-je demander aux membres du Comité de lire le Forum?

Mme CASSELMAN: Sans doute, ils pourraient faire cela.

Le PRÉSIDENT: Est-ce ce que les annonceurs à la radio appellent une "réclame à titre gracieux"?

M. FULFORD: Monsieur le président, me serait-il permis de dire que je suis entièrement d'accord avec la suggestion faite par le ministre, car en premier lieu, le commander Best a présenté son mémoire d'une manière excellente et concise et, en second lieu, nous sommes tous en faveur de la pousuite de ce travail après la guerre. Je crois exprimer l'opinion de tous les membres en disant que nous sommes tous intéressés à ce que le travail soit poursuivi et que nous apprécions tout ce qui a été fait par cette organisation jusqu'à présent. Personnellement, je crois que ces comités de recherches devraient avoir l'occasion de continuer leur travail après la guerre.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Fulford.

L'hon. M. MACKENZIE: Je ne crois pas très bien comprendre ce qu'il en coûtera pour poursuivre ce travail de recherches. Vous avez parlé de la somme que vous receviez l'an dernier, et dit qu'elle a été augmentée des subventions reçues des services de l'armée. Pourrriez-vous donner des détails au Comité

et indiquer la somme approximative qu'il vous faudrait pour la poursuite d'un programme plus élaboré après la guerre? Pouvez-vous répondre à cette question?

Le TÉMOIN: Je crois que le docteur Collip pourrait vous donner des renseignements à ce sujet.

Le Dr J. B. COLLIP: Si vous me permettez de répondre à votre question, monsieur, en 1939-1940, notre subvention s'élevait à $52,965; les dépenses, sur une base de temps de paix, se sont chiffrées, pour cette année-là, à $33,983. En 1940-41, notre subvention était de $52,000 et nous avons dépensé de $30,000 à $35,000, et cela se compare avec le crédit de guerre, de $10,000 pour 1939-1940; de $26,000 pour 1940-1941; de $18,000 pour 1941-1942, et de $51,000 pour 1942-1943: Le tout était pour le comité adjoint. Le comité médical de l'aviation dispose d'une subvention beaucoup plus considérable que celle des autres comités. En ce qui concerne le comité médical de l'armée, je crois que le lieutenant colonel Brown pourra vous renseigner davantage.

Le lieut.-col BROWN: Cette année, une somme de $100,000 sera mise de côté pour les services médicaux de l'armée. Nous ne nous attendons pas à dépenser toute cette somme, à l'heure actuelle, je crois que nous n'avons dépensé que $37,000.

Le Dr COLLIP: Il est très difficile d'établir un montant, mais généralement parlant, je crois que nous devrions avoir une allocation d'un demi million par année et que cette somme pourrait facilement être dépensée en entier.

M. MCCANN: Les laboratoires pour les travaux de recherches sont-ils situés au Conseil national de recherches, à Ottawa, ou bien le travail est-il fait dans les universités?

Le TÉMOIN: En réponse à cette question, je puis dire qu'il n'y a pas eu de laboratoire central à Ottawa, mais que le travail effectué dans les universités a été subventionné. L'opinion générale fut qu'il était plus sage, surtout à ce stade de notre développement, d'encourager le travail des recherches dans les universités canadiennes plutôt que de le centraliser au même endroit.

M. MCCANN: Sur quelle base la répartition est-elle effectuée?

Le TÉMOIN: Jusqu'à présent, cette répartition s'effectue suivant le nombre des jeunes gens ayant des problèmes à soumettre au comité central; et suivant le nombre des jeunes gens disponibles et leur intérêt dans les recherches aux divers endroits. Si les problèmes en valent la peine, après une étude sérieuse, les fonds sont partagés en conséquence. A l'heure actuelle, il n'y a presque pas de jeunes gens disponibles et par conséquent les fonds sont répartis par tout le Canada.

M. MCCANN: Etes-vous d'avis qu'il serait préférable d'établir un laboratoire de recherches central à Ottawa?

Le TÉMOIN: A mon avis, je crois qu'il serait plus sage, à ce stade de notre développement, de continuer à faire faire le travail dans les universités qui sont en contact immédiat avec les hôpitaux et les autres services de recherches du même genre. Je crois que cela serait beaucoup plus sage.

Le Dr COLLIP: Je crois que cela exprime les vues de tout le comité.

Le PRÉSIDENT: A-t-on d'autres questions?

Alors, docteur Best, au nom du Comité je tiens à exprimer nos sincères remerciements aux représentants qui ont adressé la parole et à vous remercier particulièrement pour votre mémoire. Merci beaucoup.

Nous allons nous ajourner à vendredi, 11 heures. Nous entendrons alors les représentants des aveugles.

A midi et 30, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le vendredi 18 juin 1943, à 11 heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 23

SÉANCE DU VENDREDI 18 JUIN 1943

TÉMOINS:

Le docteur Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé, province de Québec.
Le colonel E. A. Baker, administrateur délégué, Institut national canadien pour les aveugles.
M. Richard Myers, secrétaire, Bureau national de l'Institut.
Le docteur J. A. MacDonald, Directeur national des Services de l'Institut.
Le docteur Hector Cypihot, membre du Conseil national de l'Institut.
Le capitaine M. C. Robinson, directeur des Services de l'Institut pour l'Ouest du Canada.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le VENDREDI 18 juin 1943.

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

Présents: M. Blanchette, Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Cleaver, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Gregory, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Leclerc, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McGregor, Mayhew, Shaw, Veniot, Warren et Wood.—23.

Le colonel E. A. Baker, administrateur délégué de l'Institut national canadien des aveugle, est appelé. Il présente les personnes suivantes, déléguées de cet organisme:

Le docteur Hector Cypihot, membre du Conseil national de l'Institut, et surintendant de la Division de Québec;

Mme Robert Devine, vice-présidente du Conseil d'Ottawa-Carleton de l'Institut;

M. W. G. Keddie, membre du Conseil d'Ottawa de l'Institut, et président de l'Association des aveugles d'Ottawa;

M. John E. Lavoie, secrétaire-trésorier du Conseil d'Ottawa;

M. Walter Garlick, membre du Conseil d'Ottawa;

M. W. E. Hamilton, secrétaire ambulant représentant l'Institut dans la vallée de l'Ottawa;

M. Richard Myers, secrétaire du Bureau national de l'Institut;

Le docteur John A. MacDonald, directeur national des Services de l'Institut pour l'Est du Canada et surintendant de la Division de Québec;

Le capitaine M. C. Robinson, directeur des Services de l'Institut pour l'Ouest du Canada, et surintendant de la Division de l'Ouest, avec quartier général à Vancouver;

M. Harris Turner, directeur des publications près le Bureau national de l'Institut;

M. A. V. Weir, directeur général du Bureau national de l'Institut; et

Mme Aurélien Bélanger, Eastview, Ont.

Le docteur Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé pour la province de Québec, est appelé. Son mémoire présenté, il est interrogé puis se retire.

Le colonel Baker prononce une courte allocution.

M. Myers présente un mémoire au nom de l'Institut national canadien pour les aveugles.

Le docteur MacDonald, le docteur Cypihot et le capitaine M. C. Robinson adressent la parole au Comité.

Le colonel Baker remercie le Comité de la courtoisie avec laquelle il a accueilli les mémoires soumis.

Le président remercie les témoins, qui se retirent.

Le mémoire de la Confédération des travailleurs catholiques du Canada, dont la publication dans le compte rendu avait été autorisée le 5 juin, figure en appendice "C" aux témoignages de ce jour.

A midi et 40, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mardi 22 juin, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES

Le 18 juin 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Mesdames et messieurs, nous entendrons ce matin les représentants des aveugles. Le docteur Grégoire, sous-ministre de la Santé de la province de Québec, présentera le résumé d'un mémoire; le Colonel Baker, administrateur délégué de l'Institut national canadien des aveugles, exposera la question à l'étude, et M. Richard Myers, au nom de l'Institut national canadien des aveugles, lira le mémoire. Avant d'appeler le docteur Grégoire, je demanderai au colonel Baker de vouloir bien présenter ses collègues au Comité.

Le colonel BAKER: Monsieur le président, mesdames et messieurs, permettez-moi de vous présenter en quelques mots ceux qui m'accompagnent aujourd'hui et qui représentent l'Institut national canadien des aveugles. Je demanderai à chacun de se lever un instant pour se faire connaître: Le docteur Hector Cypihot, de Montréal, membre du Conseil national de l'Institut et surintendant de la division québécoise de l'Institut; Mme Robert Devine, vice-présidente du Conseil Ottawa-Carleton de l'Institut; W. G. Keddie, membre du Conseil d'Ottawa de l'Institut et président de l'Association des aveugles d'Ottawa; M. John E. Lavoie, secrétaire-trésorier du Conseil d'Ottawa; M. Walter Garlick (aveugle), membre du Conseil d'Ottawa; M. W. E. Hamilton (aveugle), secrétaire ambulant chargé de l'œuvre de l'Institut dans le vallée de l'Outaouais; M. Richard Myers, secrétaire du Bureau national de l'Institut; le docteur John A. MacDonald (aveugle), directeur national des services de l'Institut pour l'Est du Canada et surintendant de la division québécoise; le capitaine M. C. Robinson, directeur national des services de l'Institut pour l'Ouest du Canada et surintendant de la Division de l'Ouest, avec quartier général à Vancouver; M. Harris Turner (aveugle), directeur des publications près le Bureau national de l'Institut; M. A. V. Weir, directeur général du Bureau national de l'Institut; et Mme Aurélien Bélanger Eastview.

Voilà le groupe, monsieur.

Le PRÉSIDENT: Merci, colonel Baker. Je demanderai maintenant au docteur Grégoire de s'avancer.

Le Dr GRÉGOIRE: Monsieur le président, mesdames et messieurs, en présentant ce rapport à votre comité le Conseil de Salubrité fédéral tient à faire remarquer le manque de traitements ou de dispositions préventives dans la Loi des pensions de vieillesse qui alloue simplement une somme mensuelle aux aveugles nécessiteux.

Dans presque tous les cas, ces aveugles, à cause de leur infirmité, ne peuvent évidemment pas se payer de traitements médicaux ni chirurgicaux.

Ayant étudié toute la situation, le Conseil de salubrité fédéral est d'avis qu'on peut faire beaucoup par des traitements pour rendre le sort des aveugles plus supportable soit en leur restaurant la vue, soit en ajoutant à leur confort physique au moyen des traitements.

Le Conseil de salubrité fédéral croit aussi que la prévention de la cécité est pour une large part un problème d'hygiène physique et se rapporte au bien-être des mères et des enfants et à l'hygiène scolaire ainsi qu'à la lutte contre tous les genres de maladies infectieuses dont plusieurs peuvent causer la cécité.

La prévention de la cécité devrait aussi se relier aux programmes alimentaires des divers services d'hygiène du Canada.

Après étude complète de la situation existante par un comité du Conseil de salubrité fédéral, le Conseil présente les propositions suivantes relativement à une nouvelle loi concernant les pensions aux aveugles civils.

Rapport du Comité des aveugles civils au Conseil de salubrité fédéral

1. Que la loi soit modifiée sous plusieurs rapports, et que les accords fiscaux entre le Gouvernement fédéral et les provinces soient étendus de façon à prévoir les articles énumérés plus bas.

2. Que l'aide aux aveugles relève des ministères de la Santé, fédéral et provinciaux.

3. Que la limite d'âge fixée pour l'admissibilité des aveugles à l'assistance soit abaissée de quarante à vingt et un ans.

4. Que soit instituée dans toutes les provinces l'inscription obligatoire des aveugles.

5. Que les ministères provinciaux de la Santé aient les pouvoirs suivants:

(*a*) Etablir un bureau provincial d'inscription des personnes souffrant de cécité complète ou partielle, sous la direction d'un registraire choisi parmi les médecins attachés au ministère de la Santé;

(*b*) Autoriser le registraire à administrer aux personnes souffrant de cécité complète ou partielle des traitements curatifs et préventifs, par l'intermédiaire des organismes jugés compétents par le ministre de la Santé et ses conseillers.

(*c*) Autoriser le registraire à accorder une assistance pécuniaire désignée comme allocation de traitements, pendant que le requérant, sauf s'il est hospitalisé, subira des traitements, aux fins d'établir s'il est possible de lui rendre la vue complètement ou partiellement;

(*d*) Autoriser le registraire à accorder une allocation de formation professionnelle pour une période déterminée durant la rééducation d'un individu lorsqu'il semble qu'une telle rééducation le rendra apte à gagner lui-même sa vie, entièrement ou partiellement;

(*e*) Donner au registraire instruction d'agir en tant qu'autorité coordonnatrice et directrice, avec le pouvoir d'utiliser tous les services existants d'hygiène publique en vue d'établir le régime ci-dessous et de placer les personnes souffrant de cécité complète ou partielle dans des écoles, de les former et de leur trouver de l'emploi dans l'industrie, soit aux ateliers, soit à la maison, par l'intermédiaire des organismes jugés aptes à rendre ces services;

(*f*) Lorsqu'il n'y a pas moyen, par des traitements ou par toute autre forme de réadaptation, de rendre un individu capable de gagner sa vie par lui-même, autoriser le registraire, après s'être assuré qu'il s'agit d'un cas de pension, à faire examiner le requérant par l'oculiste désigné pour la région, par le ministre des Pensions et de la Santé nationale, qui transmettra la formule remplie au fonctionnaire intéressé à Ottawa;

(g) Autoriser également le registraire à assumer les frais de transports nécessaires pour amener les aveugles des endroits éloignés aux centres de traitement ou de rééducation.

6. Que le partage des frais de traitement, de formation et de transport se fasse dans la même proportion que pour les pensions.

Comité: Le docteur G.-F. Amyot, président; le docteur Jean Grégoire, membre; le docteur C. W. MacMillan, membre; le docteur F. S. Burke, secrétaire.

Je demanderai que le mémoire complet figure au compte rendu.

Le PRÉSIDENT: Désirez-vous poser des questions au docteur Grégoire?

M. KINLEY: Pourquoi suggérez-vous de placer la limite d'âge à 21 ans au lieu de 40, pour les aveugles?

Le Dr GRÉGOIRE: Nous ne voyons pas pourquoi il devrait en être autrement; il n'y a pas de raison pour que l'aveugle ne reçoive pas sa pension à cet âge. Je crois pourtant que les membres de l'Institut national canadien des aveugles pourront répondre à votre question beaucoup mieux que moi, car ce n'est pas une question d'hygiène publique.

LES AVEUGLES AU CANADA

PAR

F. S. BURKE, D.M.,

Ministère des Pensions et de la Santé nationale, Ottawa

D'après un calcul basé sur les registres de l'Institut national canadien des aveugles et ceux de la Pension aux aveugles, le nombre connu des personnes qui souffrent de cécité au Canada, tous âges compris, atteint le chiffre de 12,344. Il faut y ajouter les groupes importants de personnes qui sont affligées de la perte de vision dans un seul œil, ou d'un type quelconque de maladie évolutive des yeux qui ne sont pas encore incluses dans la définition de la cécité telle qu'elle apparaît dans la loi. Il y a aussi ceux qui n'ont pas fait connaître leur affection et dont les noms, pour une raison ou pour une autre, restent inconnus. Le mot "cécité" est défini à l'alinéa (*a*) du paragraphe (1) de l'article 8A de la Loi fédérale des pensions de vieillesse, et les principes à suivre pour déterminer la présence d'une telle affection se trouvent à l'article 41 des Règlements établis en vertu de ladite loi, d'après la citation suivante:

> Afin de certifier si une personne est ou non "aveugle au point d'être incapable d'accomplir un travail pour lequel la vue est essentielle", les fonctionnaires du ministère des Pensions et de la Santé nationale doivent être guidés par les considérations suivantes:
>
> (i) le critérium ne consiste pas à savoir si la personne est incapable d'accomplir son travail ordinaire ou tout autre travail particulier, mais si elle est aveugle au point d'être incapable d'accomplir tout travail pour lequel la vue est essentielle;
>
> (ii) il faut ne tenir compte que de la vision, à l'exclusion de toute autre infirmité corporelle ou mentale;
>
> (iii) la principale considération à prendre en ligne de compte est l'acuité visuelle (savoir, la meilleure vision directe pouvant être obtenue par chaque œil séparément ou les deux yeux ensemble quand les deux sont présents, ainsi qu'éprouvés par les caractères d'imprimerie de Snellen, en utilisant les lentilles réfractives voulues);
>
> (iv) les personnes ayant une acuité visuelle égale ou inférieure à 6/60 Snellen après correction par l'emploi des lentilles réfractives voulues doivent être certifiées comme étant "aveugles au point d'être incapables d'accomplir un travail pour lequel la vue est essentielle";
>
> (v) les personnes ayant une acuité visuelle de plus de 6/60 Snellen après correction par l'emploi des lentilles réfractives voulues ne doivent pas être certifiées comme étant "aveugles au point d'être incapables d'accomplir un travail pour lequel la vue est essentielle".

L'article 42 des Règlements se lit comme suit:

> Une demande de pension pour cécité peut se faire dès que l'intéressé a atteint l'âge de 39 ans et 9 mois.

Dans le tableau suivant, le nombre des aveugles, indiqué ci-haut, est réparti en catégories d'âge, comparables à celles du rapport Beveridge. Les écarts notables entre les catégories 2, 3, 4 et 5 sont probablement attribuables au fait qu'en Angleterre on donne un sens plus restreint au mot "cécité" qu'au Canada.

Catégorie d'âge	Nombre	Pourcentage du total Canada	Pourcentage du total Angleterre (Rapport Beveridge)
1. Moins de 5 ans	13	0·105	0·3
2. De 5 à 15 ans	314	2·543	1·9
3. De 16 à 39 ans	1,977	16·015	12·5
4. De 40 à 49 ans	1,441	11·673	10·2
5. De 50 à 69 ans	5,177	41·939	38·8
6. 70 ans et plus	3,422	27·721	36·3
Total	12,344*	99·996	100·0

* Hommes, 7,118; femmes, 5,226; total, 12,344.

Parmi ceux qui figurent à ce tableau, et qui ont 40 ans et plus, 6,386 reçoivent les prestations prévues par la loi. Leur répartition par province s'établit comme suit:

Population Recensement de 1941	Province	Col. 1 Nombre de pensionnés	Col. 2 Taux par 1,000 de population (Pensionnés)	Col. 3 Inadmissibles
453,377	Nouveau-Brunswick	755	1·665	640
93,919	Ile du Prince-Edouard	113	1·203	33
573,190	Nouvelle-Ecosse	621	1·083	179
3,319,640	Québec	2,118	0·638	871
3,756,632	Ontario	1,516	0·404	261
722,447	Manitoba	373	0·516	32
887,747	Saskatchewan	320	0·360	37
788,393	Alberta	238	0·302	18
809,203	Colombie britannique	332	0·410	64
11,404,548	Totaux	6,386	0·560	2,135

N.B.—Le taux plus élevé de cécité par 1,000 de population des provinces de l'Est peut être attribué au fait qu'elles constituent les plus vieilles parties habitées du Canada, et qu'un grand nombre de jeunes gens en ont émigré vers l'Ouest et aux Etats-Unis.

1. On remarquera, sur le tableau ci-dessus, qu'il existait, au premier janvier 1943, 6,386 pensionnés (Col. 1) entraînant, à raison de $240.00 par année, une dépense totale, pour l'année dernière, de $1,532,640, répartie dans la proportion suivante: 75 p. 100 fournis par le Gouvernement fédéral et 25 p. 100 par les gouvernements provinciaux.

2. Il existe également 2,135 personnes (Col. 3) qui ont sollicité une pension, mais qu'on a considérées comme "inadmissibles" parce que leur cécité n'était pas assez prononcée. La plupart d'entre elles arriveront d'ici quelques années au degré de cécité prévu. Leur groupe représente une augmentation éventuelle possible de dépense de $512,400 par an, indépendamment de l'augmentation annuelle. C'est à ces requérants que le traitement s'appliquerait de la manière la plus avantageuse.

La durée probable de vie d'un aveugle est évaluée comme normale. Celle des titulaires d'une pension de vieillesse est évaluée à environ sept ans, mais les deux groupes étant réunis sous le régime de la Loi des pensions de vieillesse, il convient de se rappeler que l'engagement financier n'est aucunement le même; en effet, certains de nos aveugles pourront être pensionnés pendant trente ou trente-cinq ans, de sorte qu'il faut multiplier les efforts pour empêcher la cécité, puis traiter et guérir le plus grand nombre possible de cas, et faire un choix soigneux avant d'accorder une pension.

Les personnes qui connaissent bien l'article de la Loi des pensions de vieillesse traitant des aveugles auront remarqué qu'il ne prévoit pas le traitement ou la prophylaxie. Il en résulte qu'au nombre des pensionnés se trouvent plusieurs titulaires qui pourraient être rayés des listes de pension, par suite d'un traitement convenable.

Pour obtenir de nouveaux renseignements sur ce sujet, une formule spéciale a été établie au début de 1942, et remplie par les oculistes lors de leurs examens officiels pour fins de pension. Les résultats ont été compilés après réception de 534 formules, et voici les renseignements intéressants obtenus:

Analyse des traitements recommandés par nos oculistes autorisés lors de l'examen des derniers 534 requérants d'une pension d'aveugle civil, dans les diverses provinces du Canada

ADMISSIBLES À LA PENSION—356

Nombre de cas où un traitement pourrait rétablir une vision utile	129 (ou 36%)
Nul traitement recommandé	227 (ou 64%)

NON ENCORE ADMISSIBLES—178

Nombre de cas où un traitement pourrait empêcher ou retarder la cécité	124 (ou 70%)
Nul traitement recommandé	54 (ou 30%)

On voit donc que 36 p. 100 des personnes admises à la pension étaient au moment de l'examen médical, considérées comme suffisamment guérissables pour qu'un traitement puisse leur restituer une vision utile.

Le tableau montre aussi que le traitement produirait ses meilleurs résultats parmi les personnes non encore admissibles. Dans ce groupe, le traitement pourrait retarder ou même empêcher la cécité dans 70 p. 100 des cas.

Le traitement consisterait surtout en opérations de la cataracte; mais il y aurait aussi à soigner plusieurs cas de strabisme, de ptose, de ptérygion, de glaucome, où la vision utile pourrait également se rétablir. Outre les traitements opératoires, il y aurait ample occasion de traiter des affections qui se répercutent sur la vue, telles que diabète, syphillis, anémie, sous-alimentation et avitaminose, artériosclérose et néphrite, etc.

Il est très possible qu'un certain nombre de personnes refusent le traitement. Les cas signalés par les oculistes comme dangereux ne sont pas compris dans la liste ci-dessus.

L'observation nous porte à croire que la sous-alimentation est une cause de cécité plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois. C'est parmi les personnes sous-alimentées que les infections des régions externes de l'œil trouvent un milieu fertile et deviennent chroniques, laissant des cicatrices sur la cornée. Un régime riche en vitamines peut y remédier, mais la guérison ne vaut que pour la durée du régime.

La grande majorité des personnes atteintes de maladies évolutives des yeux devant un jour ou l'autre tomber à la charge des contribuables, il est évident que la prophylaxie et le traitement s'imposent actuellement. En pareil cas, le traitement serait gratuit; la prophylaxie relèverait, dans une large mesure, de l'hygiène.

Le ministère de la Santé s'occupent déjà beaucoup de la prophylaxie de la cécité, même si leurs mesures législatives n'ont pas été conçues principalement dans ce but, sauf dans le cas de l'instillation de gouttes pour prévenir l'ophtalmie des nouveau-nés. Leurs autres initiatives à caractère préventif sont les suivantes:

Enrayement de maladies vénériennes;
Distribution gratuite d'insuline aux nécessiteux;
Prophylaxie et enrayement de la tuberculose;
Mesures de diététique;
Enrayement des maladies infectieuses de tout genre;
Examen médical des écoliers et organisation de cours de conservation de la vue;
Prévention des accidents.

De ce qui précède il semblerait opportun, en toute logique, de confier l'entier problème de la cécité, ainsi que les traitements curatifs et préventifs qui s'y rattachent aux ministères de la Santé publique. Il est entendu, par exemple, que les ministères de la Santé ne seraient pas tenus de maintenir des centres de traitement à cette fin, mais il pourraient peut-être, en vertu d'un plan de paiement préalablement dressé, diriger les malades vers les dispensaires afin que ceux qu'un traitement pourrait aider puissent en bénéficier sans l'entrave de considérations d'ordre technique, ce qui les empêcherait de tomber à l'entière charge de l'Etat.

En bien des cas, et c'est un point qui mérite d'être pris en considération, ceux qui sollicitent une pension ont souffert pendant des années d'une perte graduelle de la vue, avec ses corollaires: diminution correspondante de la faculté de gain, amoindrissement des conditions normales d'existence et même misère complète, ce qui, en soi, produit un effet adverse sur la nutrition de l'œil en tant qu'organe.

La statistique sur les causes de la cécité chez les pensionnés est difficile à compiler parce que nous avons deux yeux susceptibles, chacun, de souffrir d'affections différentes.

[1]L'étude de Marshall et Seiler (Glasgow) sur les causes de la cécité, étude dont le *Lancet* du 31 octobre 1942 fait la revue en page 518, contient le passage suivant:

"Pour évaluer l'importance des diverses causes, nous avons constaté que le fait de prendre le second œil au lieu du premier comme cause de cécité donnait des résultats bien différents. Les résultats publiés sont basés sur le second œil. Ainsi, lorsqu'un œil est rendu aveugle par la myopie et que le second perd son acuité visuelle par suite de blessure, la cécité de la victime est classé sous la rubrique: blessure."

Voilà sans aucun doute un moyen de contourner la difficulté qui rend possible l'établissement d'un sommaire statistique, mais il ne nous donne que des renseignements incomplets; il n'indique pas l'affection qui est à l'origine de l'enchaînement de circonstances qui a conduit à la cécité. Nous savons par expérience que celui qui perd un œil pour une raison quelconque semble prédisposé à des affections éventuelles du second œil.

Outre la cataracte bilatérale, l'atrophie optique et le glaucome, les causes de cécité sont des plus variées. Dans une des provinces, les principales raisons pathologiques de l'admission à la pension sont les suivantes: cataracte, atrophie optique, glaucome, myopie, rétinite et cicatrices cornéennes, de même qu'une

grande diversité d'affections mixtes. L'hérédité joue aussi un rôle plus prépondérant qu'on pourrait le croire. La cataracte est l'affection oculaire qui offre le plus de perspectives pour la restauration de la vue, puisqu'il est possible d'y remédier par la chirurgie; mais nombre d'autres affections réagissent jusqu'à un certain point au traitement général. Le manque de soins, ainsi que la misère et l'ignorance ont permis aux infections de tout genre de causer de grands ravages.

La loi actuelle des pensions aux civils aveugles est appliquée par le ministère fédéral des Finances, en vertu d'une modification apportée à la Loi des pensions de vieillesse, et ce sont les commissions ou offices provinciaux des pensions de vieillesse qui servent les pensions aux aveugles. Bien que la cécité soit, dans chaque cas, un état pathologique, l'application de la loi est confiée à des services administratifs étrangers à la médecine. Le ministère des Pensions et de la Santé nationale se borne à établir le degré de cécité et à déterminer si les dispositions de la loi s'appliquent au requérant.

Rien, à l'heure actuelle, n'autorise l'organisme provincial compétent en matière de pensions de vieillesse à fournir les traitements propres à restaurer la vue, de l'avis de l'oculiste, ni à faire subir des traitements à ceux dont la vue baisse et qui peuvent devenir des assistés de l'Etat s'ils demeurent sans soins.

[2]Les Etats-Unis ont adopté divers moyens de venir en aide aux aveugles, et dix Etats ont même édicté une loi obligeant les intéressés à subir un traitement raisonnablement propre à restaurer leur vue, sous peine de se voir privés de l'aide de l'Etat en cas de refus. Toutefois, ce n'est là qu'une mesure d'exception, et l'on estime, en général, que la garde-malade ou l'auxiliaire compétent de la prévoyance sociale peuvent amener l'intéressé à subir le traitement voulu lorsqu'il y a des chances raisonnables de succès. Certains Etats signalent l'épargne de sommes importantes grâce à l'établissement de mesures efficaces de traitement et ils sont aussi également enthousiastes concernant la prophylaxie de la cécité dans le groupe qui n'est pas encore admissible à la pension. Ces mesures ont établi sans conteste que la cécité peut être prévenue dans une grande mesure et qu'une partie de ceux qui sont déjà aveugles peuvent recouvrer la vue.

La loi restreint le paiement des pensions aux aveugles âgés de quarante ans. Il est difficile de comprendre pourquoi un jeune adulte aveugle ait moins d'importance qu'un quadragénaire. Le jeune aveugle, grâce à des traitements ou à sa formation, peut réussir à se suffire à lui-même, alors que notre expérience nous porte à croire que si l'on attend que les aveugles aient passé l'âge mûr, la rééducation ne donnera pas de résultats probants, surtout à cause de la perte d'initiative et de vigueur. Les pensions devraient aller de pair avec le traitement et la formation et n'être accordées que lorsque ceux-ci échouent. La limite d'âge devrait être abaissée à vingt et un ans ou même plus bas, eu égard au fait que les personnes souffrant de cécité complète ou partielle ont une faculté de gain nulle ou très réduite jusqu'à ce qu'elles obtiennent leur formation.

L'Institut national canadien des aveugles établit comme suit l'aptitude au travail des 1,631 aveugles de 20 à 40 ans immatriculés dans ses registres:

Hommes aveugles employés	400
Hommes aveugles à emplois discontinus	468
Hommes aveugles inaptes au travail	153
Femmes aveugles, célibataires, employées	150
Femmes aveugles, célibataires, à emplois discontinus	230
Femmes aveugles, célibataires, inaptes au travail	67
Femmes aveugles, mariées, employées	15
Femmes aveugles, mariées, à emplois discontinus	124
Femmes aveugles mariées, inaptes au travail	24
Total	1,631

Les groupes d'inaptes au travail comprennent:

Les débiles mentaux inaptes au travail	142
Les autres inaptes au travail	102
Total des inaptes	244

À noter dans le tableau ci-dessus la grande aptitude au travail des aveugles entre 20 et 40 ans; seuls 244 sont incapables de gagner leur vie. Ils pourraient être pensionnés pour la faible somme de $58,000 par année. D'autre part, il serait peut-être opportun de songer à des octrois pour les aveugles à emplois discontinus, afin d'élever leur rémunération au chiffre d'une pension complète.

On est passablement fixé maintenant sur les causes, la prophylaxie et le traitement de la cécité. Il ne reste qu'à intégrer et à appliquer ces connaissances par le ministère approprié du Gouvernement.

Des années d'expérience nous ont montré les choses extraordinaires que peuvent accomplir les aveugles de presque toutes les conditions sociales, moyennant un peu d'encouragement et des occasions favorables. Ne soyons pas chiches à leur égard mais usons de générosité.

BIBLIOGRAPHIE

[1]Marshall J. et Seiler H. E.,
British Journal of Ophthalmology 26.

[2]Sight-Saving Review Supplement,
Vol. XII, numéro 1.

Nous sommes redevables des renseignements statistiques à l'Institut national canadien des aveugles.

Coût accumulé depuis 40 ans et plus. Accumulation de six années relativement aux pensionnés non traités et aux requérants inadmissibles

1.	Il est estimé que 25 p. 100 des pensionnés actuels auraient avantage à suivre un traitement, au point de retrouver une partie de la vue. 1,597 pensionnés à $100	$ 159,700 00
2.	Il est estimé que 70 p. 100 des inadmissibles pourraient, s'ils suivaient un traitement, éviter la cécité ou la retarder, ce qui les exclurait comme pensionnés éventuels. 1,494 personnes à $100	149,400 00
3.	Il est estimé que 50 p. 100 des inadmissibles à la pension pourraient, après avoir suivi un traitement, apprendre un métier et se suffire à eux-mêmes. 1,068 personnes, durant six mois, aux taux de pension ($120)	128,160 00
	Total	$ 437,260 00

Le total ci-dessus ne constituerait pas une dépense annuelle ou périodique, et ce montant se diminuerait d'un certain nombre de cas qui seraient éliminés de la liste actuelle des pensionnés (article 1) et d'un grand nombre de requérants qui ne deviendraient pas pensionnés (article 2).

On estime qu'il n'existe pas au Canada assez de services médicaux spécialisés pour entreprendre immédiatement la correction des affections indiquées aux articles 1 et 2.
Il faudrait probablement plusieurs années pour s'occuper de tous les cas, et le coût serait proportionné au travail réalisé chaque année. Il ne semble pas possible de prendre des dispositions en vue d'une affectation de plus de $200,000 par année.
L'argument qui milite en faveur des traitements est appuyé par le fait que, si pendant une période de dix ans, les traitements permettaient de retirer des listes seulement 10 p. 100 des pensionnés actuels, l'économie de pensions réalisée serait d'un million et demi de dollars $1,500,000 00

Accroissement du coût annuel

L'accroissement du coût annuel, en plus du montant actuellement payé aux pensionnés, est estimé à ce qui suit, et comprend une nouvelle classe, celle de vingt et un à trente-neuf ans.

1. *(Quarante ans et plus)*
Traitements pour 25 p. 100 des personnes admissibles, moyenne annuelle (à $100) ..... $ 20,000 00
Traitements pour 70 p. 100 des personnes non admissibles, moyenne annuelle (à $100) 26,000 00
Formation pour 50 p. 100 des personnes non admissibles, pension au taux de 6 mois 22,000 00

2. *(Nouvelle classe—Moins de quarante ans)*
Classe de 21 à 39 ans—personnes inaptes à tout emploi (pension entière) 58,000 00
Classe de 21 à 39 ans—personnes employées durant une partie de leur temps (demi-pension) 98,000 00
Formation et traitement pour la classe des aveugles non encore connus, de moins de quarante ans, découverts en moyenne à un taux estimé de 200 par année, et soignés ou formés à un coût équivalent à celui d'une pension de six mois 24,000 00
Les frais de transport sont difficiles à estimer, mais on croit qu'il suffirait annuellement de trois à cinq mille dollars par province.
Estimation totale 30,000 00

Total ..... $ 278,000 00

Coût actuel des pensions

Nombre total des pensionnés: 6,386; taux: $240 par année.
25 p. 100 à payer par les provinces ..... $ 383,160 00
75 p. 100 à payer par le gouvernement fédéral. 1,149,480 00

100 p. 100 ..... $1,532,640 00

Les demandes d'aide aux aveugles ont diminué depuis le début de la guerre, sans doute à cause de la plus grande facilité de trouver de l'emploi:

Moyenne des 3 dernières années

Pensions accordées	793 par année
Requérants inadmissibles	369 par année
Total des demandes	1,162 par année

Le col. BAKER: Monsieur le président, mesdames et messieurs, je me propose d'être très bref en commentant notre mémoire. Depuis 25 ans, nous travaillons de concert à établir et à développer des services pour les aveugles du Canada. C'est un mouvement de collaboration avec ceux qui ont perdu la vue dans les services de guerre et avec les personnes à l'esprit social qui heureusement n'ont pas perdu la vue mais qui, d'un bout à l'autre du pays, travaillent à cet œuvre.

Je vous ai déjà présenté les membres du Conseil local de l'Institut et un membre de notre Conseil national: le docteur Cypihot. Dans notre Conseil national, dans les conseils divisionnaires et dans les 100 conseils et comités locaux du pays, nous avons des représentants qui travaillent consciencieusement à la solution du problème des aveugles et de l'amélioration de leur niveau de vie et de bien-être. Lorsque nous avons comparu devant un comité parlementaire de la Chambre des Communes, il y a huit ans, nous avons entrepris, il est vrai, de vous tracer un tableau aussi complet que possible de nos services et de nos efforts, et à cette époque nous avons demandé au gouvernement fédéral de songer à des pensions pour les aveugles. J'ai indiqué que si l'on accordait des pensions, notre Institut se trouverait encouragé et dans une certaine mesure soulagé de certaines dépenses relativement à ceux qui sont âgés ou trop invalides pour travailler, et que l'Institut entreprendrait d'augmenter et d'intensifier ses services d'emploi et son travail en vue de prévenir la cécité. Voici maintenant un mémoire du Conseil de salubrité fédéral indiquant que, dans l'intervalle, nos efforts en vue de prévenir la cécité et de développer la santé des aveugles dans tout le pays ont porté des fruits, car nous avons un magnifique mémoire du Conseil de salubrité fédéral.

Au point de vue de l'emploi, nous croyons qu'il est non seulement souhaitable, mais très humain de prévenir la cécité, et si cette infirmité ne peut se prévenir, on doit mettre tous les aveugles employables en état de gagner leur vie. A cette fin, depuis le mémoire que nous vous avons présenté il y a huit ans, nous avons plus que doublé l'emploi des aveugles dans le pays. Mais nous ne sommes pas encore convaincus d'avoir fait assez. Nous nous occupons actuellement de faire un relevé complet de tous les aveugles inscrits afin de constater s'il y en a encore d'autres qui, étant inemployés ou partiellement inemployés à l'heure actuelle, peuvent recevoir un nouvel entraînement ou de l'aide afin d'obtenir un emploi plus constant et de pouvoir mieux gagner leur vie.

Ainsi, je tiens à signaler que le plus grand développement possible des chances d'emploi est, à notre point de vue aussi bien qu'au vôtre et à celui des aveugles, un but très important à poursuivre. Ce développement est important pour les aveugles, car il leur permet de vivre par eux-mêmes; il est important pour nous, car il nous encourage ainsi que les autres aveugles; il est important pour le pays, car il signifie que chaque aveugle qui peut se tirer d'embarras laisse les fonds libres pour d'autres fins nécessaires.

Je ne veux pas abuser de votre temps. Avec votre permission, monsieur, j'inviterai M. Richard Myers à présenter notre mémoire.

Le PRÉSIDENT: Avant que nous appelions M. Myers, voulez-vous essayer de répondre à la question posée par M. Kinley au sujet de la limite d'âge?

Le col. BAKER: Oui, monsieur. A propos de la limite d'âge, nous constatons que la plus forte proportion de sujets aptes au travail se trouve dans le groupe de 21 à 40 ans. En même temps, nous remarquons dans ce groupe des gens qui, ayant plusieurs autres infirmités, sont décidément et irrémédiablement inemployables, et c'est pour eux que nous nous préoccupons surtout de l'avancement de la limite d'âge jusqu'à vingt et un ans.

Le PRÉSIDENT: Merci, colonel Baker. M. Richard Myers va maintenant lire le mémoire de l'Institut national canadien des aveugles.

M. RICHARD MYERS est appelé.

Le TÉMOIN:

L'AIDE AUX AVEUGLES AU CANADA

EXPOSÉ DE

L'INSTITUT NATIONAL CANADIEN DES AVEUGLES

DEVANT LE

COMITÉ SPÉCIAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE CHAMBRE DES COMMUNES, SESSION DE 1943

Remarques préliminaires

Une aide appropriée et motivée, en faveur des aveugles du pays, tel est le but que poursuivent tous ceux qui s'intéressent à cette juste cause et qui travaillent à la promouvoir. Il y a vingt-cinq ans, on inaugurait les importants services de l'Institut national canadien des Aveugles, qui devaient s'étendre à tout le pays. L'enregistrement, l'enseignement à domicile, la formation professionnelle, l'emploi et divers services progressifs s'inauguraient, que l'on a depuis largement développés.

En 1924, ceux qui s'intéressaient au travail de l'Institut commencèrent à se rendre compte que les services de formation technique et d'emploi ne pouvaient pas résoudre les problèmes des aveugles âgés et de ceux qui ont de multiples infirmités. Ils en conclurent qu'il fallait demander à l'Etat des allocations ou des pensions. En 1933, on présenta au gouvernement, une pétition générale demandant des pensions pour les aveugles et signée par toutes les divisions de l'Institut et par les associations sympathiques. En 1935, l'Institut et les associations locales d'aveugles firent des représentations au comité parlementaire. A l'époque, on se prononça en faveur d'une loi spéciale pour les aveugles, mais pour éviter des complications et des délais, il fut convenu d'appuyer une modification à la Loi des pensions de vieillesse.

En 1937, après de nouvelles négociations, le gouvernement proposa d'apporter à la Loi des pensions de vieillesse une modification accordant des pensions aux aveugles à compter de l'âge de 40 ans, et cette loi entra en vigueur à l'automne de la même année, sous réserve des accords provinciaux.

L'Institut national canadien des aveugles, par son enregistrement des aveugles et par ses contacts avec les ophtolmologistes du pays, a pu offrir une importante collaboration aux organismes administratifs provinciaux et aux ministères fédéraux des Finances et des Pensions et de la Santé.

Le sort des aveugles, surtout de ceux qui se trouvaient dans les groupes d'inemployables et de semi-employables, s'est grandement amélioré sous l'effet de ces dispositions. Les aveugles concernés et tous ceux qui s'intéressent à leur bien-être apprécient hautement cette amélioration.

Six ans se sont écoulés depuis l'adoption de cette loi. Pendant cette période, les aveugles admissibles ont reçu des pensions, tandis que l'Institut et les ministères étudiaient dans quelle mesure les dispositions adoptées étaient suffisantes ou appropriées, et dans quelle mesure un programme de traitement plus efficace

et de prévention de la cécité pourrait améliorer le lot de ceux qui autrement tomberaient dans le groupe des pensionnables. L'Institut en est venu à des conclusions pratiques qui seront exposées dans le présent mémoire. Tous les intéressés sont profondément reconnaissants envers le Conseil de salubrité fédéral, représentant des ministères fédéral et provinciaux de l'hygiène, pour avoir porté un vif intérêt à la possibilité de prévenir la cécité et aux améliorations pratiques dans le domaine de l'aide aux aveugles, au point d'avoir présenté un important mémoire au Comité. Bien que nous ne soyons pas parfaitement fixés sur les applications pratiques de certains articles concernant les aveugles, nous approuvons pleinement les principes qui servent de point d'appui et aussi le but poursuivi. Nous nous intéressons tout particulièrement aux articles qui prévoient des traitements pour la préservation ou la restauration de la vue.

Au début de ses travaux, l'Institut national canadien des aveugles élargit son programme de manière à y inclure la prévention de la cécité. Au 31 mars 1943, l'Institut avait fait soigner 30,055 cas de prévention. En l'année finissant le 31 mars 1943, le nombre des traitements préventifs a été de 2,452. Là-dessus, 1,755 étaient des cas nouveaux. Dans la même année, le nombre des nouveaux cas de cécité inscrits fut de 949. Le nombre des aveugles desservis dans la même année, toutefois, fut de 10,867 sur une inscription totale de 12,546. Nous présentons ces chiffres pour montrer non seulement quelle importance l'Institut attache au travail préventif, mais aussi que l'opinion de l'Institut, dans l'espèce, se fonde sur une grande expérience. L'Institut a aidé indirectement dans bien des cas de prévention qui ne sont pas inclus dans les chiffres ci-dessus parce que les frais ont été soldés par des clubs sociaux, des organisations bénévoles, des hôpitaux et des ophtalmologistes. A cause de l'exiguité de ses moyens, l'Institut a dû restreindre son travail de prévention aux catégories suivantes:

(*a*) Les enfants ayant 6/24 ou moins, sauf les myopes et les cas de strabisme.
(*b*) Les adultes ayant 6/36 ou moins.
(*c*) Les cas de blessures aux yeux, d'infections graves ou les autres cas auxquels les ophtalmologistes consultants recommandent de donner une attention spéciale.

Dans l'exécution du programme de prévention de la cécité, l'Institut a bénéficié de la collaboration des ministères provinciaux de l'hygiène, des infirmières des services d'hygiène, du personnel scolaire, y compris les infirmières visiteuses et les institutrices, des organisations de bienfaisance, surtout des instituts féminins et des autres organisations féminines de régions rurales. Enfin les membres de la profession médicale et surtout les ophtalmologistes du pays se sont intéressés vivement à cette cause et y ont collaboré de manière à rendre possibles les résultats obtenus jusqu'ici. L'Institut a démontré, croyons-nous, la nécessité et la possibilité d'étendre le service de prévention dans l'intérêt de ceux qui sont menacés de cécité ou d'un grave affaiblissement de la vue. Pour des raisons d'humanité et d'économie, nous croyons qu'il est plus logique de prévenir une infirmité grave et incapacitante que de rester tranquille à côté du malade et d'essayer de réduire les difficultés lorsque le mal est fait. Nous accueillons volontiers tout progrès qui peut aider à sauvegarder la vue de la population du Canada. Pour cette raison, nous désirons donner acte du fait que nous apprécions et approuvons les recommandations récentes du Conseil de salubrité fédéral. Nous reconnaissons évidemment que ces recommandations doivent surtout profiter aux adultes. C'est là une partie importante de ce champ d'action. Mais nous espérons voir le jour où l'on pourvoira mieux à l'autre partie, peut-être la plus importante, c'est-à-dire l'enfance et la jeunesse. Nous croyons que cette partie est peut-être la plus importante parce qu'un grand nombre de défectuosités visuelles affectant les adultes ont pris naissance dans l'enfance ou la jeunesse et, ne bénéficiant d'aucun traitement, ont progressé

plus ou moins rapidement avec le temps. Sûrement le service du traitement des yeux et de la prévention de la cécité pourrait mieux s'occuper des groupes de jeunes, s'il était soulagé d'une partie de la pression qu'il subit dans son travail auprès des adultes.

Pour donner un bon aperçu du service des aveugles et de celui de la prévention de la cécité, nous déposons, pour l'information du Comité, d'abord un Classement par âges—Aveugles du Canada (I.N.C.A.) au 30 novembre 1942; et deuxièmement un Classement des causes de cécité (I.N.C.A.) fondé sur 6,445 cas inscrits de cécité qui ont bénéficié de diagnostics ophtalmologiques complets et modernes.

A cet égard, j'ai déposé entre les mains du secrétaire du Comité ces mémoires qui, je l'espère, seront incorporés au compte rendu complet.

Le PRÉSIDENT: Oui, monsieur Myers, ils figureront au compte rendu.

(L'état intitulé "Classement par âges" figure comme Appendice "A". L'état sur les "Causes de Cécité" figure comme Appendice "B".)

Le TÉMOIN: Ces tableaux sont importants, vu qu'ils comprennent les aveugles de toutes les parties du Canada depuis les plus jeunes jusqu'aux plus vieux et qu'ils indiquent non seulement la distribution par groupes d'âges mais aussi la grande variété des conditions qui conduisent à la cécité. Le classement des causes de cécité indique aussi le nombre important des personnes dont la perte de la vue est attribuable à des causes qu'on aurait pu guérir ou amoindrir par une attention hâtive, un prompt diagnostic et un bon traitement, ce qui aurait prévenu la cécité.

Le Conseil de salubrité fédéral recommande une allocation de traitements pour les personnes rendues invalides par une maladie de la vue exigeant soit une période d'attente avant qu'une opération puisse s'exécuter avec succès, soit un traitement prolongé. Cette recommandation est, à notre avis, très pratique. Une telle mesure aiderait ces sujets à vivre en attendant les résultats du traitement; ils échapperaient à la misère qui pourrait suivre la cessation d'une pension déjà accordée.

Recommandations

1. Que toutes les dispositions accordant de l'aide aux aveugles ou pourvoyant à la prévention de la cécité soient groupées en une seule loi.

2. Que les aveugles pensionnés soient encouragés à augmenter leur revenu par des déductions partielles de leurs pensions pour les sommes gagnées en excédent des maxima actuellement autorisés.

3. Que tous les aveugles ayant une acuité visuelle de 3/60, système Snellen, ou moins, reçoivent une allocation de conduite ou d'aide spéciale de $10 par mois.

4. Que l'âge d'admissibilité à l'aide aux aveugles soit de 21 ans.

5. Que le taux de la pension soit augmenté et proportionné au coût de la vie, et sujet à des rajustements périodiques.

6. Que pour les personnes qui sont entrées au Canada avec une bonne vue et qui, par suite d'une maladie grave ou d'un accident non indemnisable, ont perdu la vue, la qualification de résidence soit réduite à cinq ans.

Loi séparée

D'après l'expérience acquise par l'Institut national canadien des aveugles dans les vingt-cinq années où il a servi les aveugles du Canada et surtout dans les six ans qui se sont écoulés depuis que la Loi des pensions de vieillesse a été modifiée de manière à comprendre les pensions des aveugles, toute législation de bienfaisance concernant les aveugles ou concernant la prévention de la cécité devrait être contenue dans une seule loi séparée et distincte de toute autre loi. Le mémoire du Conseil de salubrité fédéral au présent Comité semble présupposer une telle loi, et si les recommandations du Conseil sont acceptées

ainsi que celles que nous présentons dans le présent mémoire, une loi distincte s'impose.

Echelle mobile des pensions

Sous la pression actuelle qui s'exerce en faveur de l'accroissement de la production, inutile de faire remarquer que la société profite du travail des individus. Si un aveugle reçoit une pension, et s'il est célibataire, il peut gagner $200 par année de plus que sa pension de $240, ce qui lui donne un revenu de $440 par année. S'il est marié, il peut gagner $565 en plus de sa pension de $240, ce qui lui fait un revenu de $805 par année. Si son gain dépasse lesdites sommes, l'aveugle ne retire aucun avantage tant que ses revenus ne dépassent pas une somme additionnelle de $240. En outre, avant que sa pension soit rétablie, il doit s'écouler assez de temps pour que le revenu du célibataire avoisine $440 par année et celui de l'homme marié, $805 par année.

Ces règlements ont pour effet d'empêcher les aveugles pensionnés d'augmenter leur revenus, premièrement parce que ces revenus doivent augmenter d'une assez forte somme avant que l'aveugle en reçoive un avantage additionnel, deuxièmement parce qu'une longue période doit s'écouler avant qu'il puisse faire rétablir sa pension. Un phénomène semblable s'est fait jour en 1942 dans la Loi de l'impôt sur le revenu de cette année-là d'après laquelle les personnes dont les revenus atteignaient certaines sommes n'en retiraient aucun avantage tant que l'augmentation n'était pas très appréciable. D'après ces prescriptions, bien des gens ne travaillaient que lorsque leur revenu leur rapportait un avantage additionnel. Cette anomalie a été supprimée dans le budget de 1943 par lequel on reconnaissait tacitement le principe que les gens répugnent à augmenter leur revenu lorsque l'augmentation ne leur donne aucun avantage.

Pour corriger cette situation où la loi actuelle punit un aveugle pensionné pour augmenter ses revenus en même temps que le bien-être de la nation, nous proposons que tout aveugle pensionné ait le droit de dépasser le maximum actuel ($400 par année pour un célibataire et $805 pour un homme marié) pourvu que les pensions soient réduites d'une somme n'excédant pas 50 p. 100 du revenu additionnel. Si l'on suivait cette politique, la pension à un aveugle célibataire cesserait lorsque son revenu net atteindrait le taux de $680 par année et celui d'un aveugle marié, lorsque son revenu net atteindrait le taux de $1,045 par année. Nous proposons en outre que ces aveugles pensionnables ne perdent pas leur droit à la pension mais que, lorsque leur revenu baisse au-dessous du taux de $680 et $1,045 respectivement, la pension soit rétablie sur une échelle inverse à celle d'après laquelle elle aura été réduite.

Il importe peut-être de faire remarquer que cet examen de l'échelle mobile des pensions se rapporte aux *taux* des revenus plutôt qu'aux revenus annuels absolus. En d'autres termes, un aveugle qui a perdu sa pension parce que le taux de ses revenus dépassait $680 pour un célibataire et $1,045 pour un homme marié, recevra de nouveau sa pension automatiquement. Dès que ses revenus tomberont au-dessous des taux sous-mentionnés, la somme absolue de ses revenus pendant la période où il ne recevait pas de pension n'aura pas de rapport avec le rétablissement de la pension.

On trouvera ci-joint les tableaux "A" et "B", illustrant les variations de revenus et de pensions d'après l'échelle mobile proposée.

L'échelle mobile des pensions aurait plusieurs avantages qui encourageraient un grand nombre d'aveugles à gagner leur vie. Comme les aveugles pensionnés ne sont employables que dans une catégorie très restreinte d'occupations, et comme le travail dans ces occupations ne s'offre pas toujours et n'est pas toujours continu, si les aveugles avaient la permission d'entreprendre ce travail sans compromettre leur pension, ils pourraient souvent gagner leur vie sans l'aide de la pension, et plus souvent encore ils pourraient améliorer leur situation et en même temps soulager le contribuable d'une partie du prix des pensions

L'Institut a constaté, après différentes expériences, que des aveugles considérés inemployables se sont montrés capables d'exécuter certains travaux industriels. Si les pensions leur étaient servies d'après une échelle mobile, on pourrait faire des expériences d'une manière ininterrompue jusqu'à ce qu'il soit clairement établi qu'ils sont inemployables ou jusqu'à ce qu'on leur trouve une occupation satisfaisante. D'après les règlements actuels, les personnes et les organisations qui cherchent à leur rendre service ne sont pas encouragées à faire des efforts persistants pour augmenter leur revenu total.

D'après ces règlements, il y a un écart considérable entre les limites supérieures des revenus des personnes pensionnées et le point auquel elles peuvent se suffire sans l'aide d'une pension. Notre proposition d'accorder des pensions d'après une échelle mobile aiderait à combler la brèche et à rendre possible la transition graduelle du statut de pensionnaire à celui de citoyen indépendant vivant par lui-même.

Autre proposition

Nous reconnaissons qu'il s'écoulerait un certain temps avant que la loi actuelle puisse être modifiée de façon à mettre en vigueur la proposition que les pensions soient réduites d'après une échelle mobile basée sur les augmentations de revenus. Nous reconnaissons également qu'il faudrait régler certains problèmes administratifs avant que le système puisse être mis en vigueur. A l'heure actuelle, toutefois, l'Institut national canadien des aveugles pourrait trouver de l'emploi additionnel aux personnes pensionnées, mais la durée de cet emploi est incertaine et les limites imposées aux revenus des aveugles pensionnés sont si restreintes et les circonstances concernant le temps qui doit s'écouler avant que les pensions puissent être rétablies sont si vexatoires que les aveugles eux-mêmes et l'Institut hésitent à prendre des mesures pour soustraire les aveugles à la liste des pensions, à moins qu'il n'y ait une forte certitude que l'intéressé aura de l'emploi d'une manière continuelle et heureuse. Pour réaliser des résultats rapides, la limite supérieure à laquelle les aveugles peuvent gagner de l'argent sans perdre leur pension pourrait être placée au chiffre jusqu'où le gouvernement donne une exemption complète d'impôts sur le revenu, soit $660 pour un célibataire et $1,200 pour un homme marié. Ces limites ont probablement été fixées en supposant qu'un célibataire qui travaille a besoin de $660 par année sans diminution, pour vivre, et qu'un homme marié a besoin de $1,200 pour soutenir une famille de deux. Nous ne prétendons pas que cet autre plan soit aussi sain fondamentalement que la proposition faite ci-dessus; il serait plus coûteux pour le contribuable, mais nous nous croyons justifiés de le proposer en considérant le besoin actuel de main-d'œuvre et le fait qu'il ne présente aucune difficulté administrative. Il pourrait s'appliquer sans délai et nous avons employé les chiffres minimums adoptés pour l'impôt sur le revenu, parce qu'ils sont déjà reconnus dans les lois adoptées par le Parlement.

Allocations de conduite

Les aveugles pratiquant des métiers comparables à ceux des voyants ont à faire face à des augmentations de frais, non pas pour accomplir leur travail mais pour s'y rendre et en revenir, ainsi que pour suivre la routine générale de la vie quotidienne. Nous croyons qu'il y a lieu de tenir compte de cette circonstance et d'accorder une allocation de conduite. Devant un comité parlementaire, le 21 février 1935, nous avons fait les observations suivantes:

Une analyse des dossiers des différents groupes d'aveugles révèle qu'il y a évidemment trois classes:

1. Ceux qui ont perdu les deux yeux ou la vue des deux yeux;
2. Ceux qui ont encore une certaine vue variant de la simple perception de la lumière dans un œil ou les deux yeux jusqu'à ceux qui peuvent voir de gros objets (considérés par les ophtalmologistes comme avoisinant 3/60 Snellen).

3. Ceux qui voient de gros objets d'un œil ou des deux yeux jusqu'à ceux qui possèdent une bonne vision de conduite, qui peuvent, par exemple, à peine lire des lettres d'un quart de pouce à un pied de distance avec le meilleur œil en comptant toute correction possible au moyen de verres (épreuve des ophtalmologistes, 6/60 Snellen).

D'après notre expérience depuis 1935 et surtout depuis l'établissement des pensions aux aveugles, les observations ci-dessus se sont confirmées et en nous appuyant sur cette expérience nous formulons les propositions spécifiques suivantes:

1. Que tous les aveugles ayant une acuité visuelle de 3/60 Snellen ou moins reçoivent une allocation de conduite et une allocation d'aide spéciale de $10 par mois;

2. Que cette allocation ne soit pas calculée comme revenu aux fins des pensions des aveugles ni de l'impôt sur le revenu.

Réduction de la limite d'âge à 21 ans

Nous sommes d'avis, en outre, que l'âge pensionnable des aveugles devrait être abaissé à 21 ans. Le Conseil de salubrité fédéral, dans son mémoire au présent Comité, a recommandé l'abaissement de la limite d'âge à 21 ans pour ceux qui sont incapables de garder un emploi lucratif, et cette recommandation du Conseil de salubrité fédéral s'accorde en tous points avec une suggestion semblable faite par l'Institut national canadien des aveugles devant le Comité parlementaire de 1935, alors qu'on pria le Comité de considérer favorablement l'idée de rendre les pensions applicables aux aveugles incapables d'occupation lucrative mais qui étaient dans le groupe d'âge compris entre 21 et 40 ans.

En recommandant que la limite d'âge pour la pension soit abaissée à 21 ans, nous ferons remarquer qu'à notre avis cette pension devrait être applicable à tous les aveugles, à moins qu'on ne leur accorde des allocations de formation professionnelle ou de subsistance pendant qu'ils subissent un traitement. Si cette recommandation est acceptée avec celle que les pensions soient réductibles d'après une échelle mobile comme les augmentations de revenus, tous les aveugles adultes seront pleinement protégés d'après l'échelle prévue, et cependant il n'y aura pas d'obstacle à ce qu'ils acceptent du travail et gagnent tout ce que permettent leur capacité et leur condition sociale. Ainsi, les pensions ne seraient accordées qu'à ceux qui ne pourraient pas exécuter de travail lucratif pour des raisons d'ordre physique ou social et à ceux dont l'état de santé ne leur permettrait pas de travailler à pleines journées. Il n'est pas souhaitable que les pensions s'accordent de manière à punir qui que ce soit pour ajouter à son revenu ou pour des circonstances qui ne peuvent pas toujours être corrigées par le traitement médical ni prévus par les allocations de formation technique.

Taux des pensions ajustés au coût de la vie

Il est de plus en plus reconnu que les paiements destinés à pourvoir aux besoins essentiels devraient être proportionnés aux variations du coût de la vie. L'Institut national canadien des aveugles est fortement d'opinion que, quel que soit le taux fondamental des pensions d'aveugles, ce taux devrait être rajusté de temps à autre d'après les fluctuations du coût de la vie. Les circonstances malheureuses où se trouve une personne dont le revenu est petit et fixe, lorsque les prix montent, ont été reconnues récemment par le gouvernement fédéral, lorsqu'il a accordé des sommes additionnelles en vertu de la Loi des allocations aux anciens combattants, et par différentes provinces qui ont augmenté les sommes versées aux vieillards et aux aveugles à titre de pensions. Sans doute, ce principe a été adopté largement dans tout le Canada relativement aux taux de salaires. Si ce principe est équitable à l'égard des salaires, il doit être considéré comme essentiel par rapport aux pensions des aveugles dont le taux est bien bas relativement à celui qu'on reconnaît comme nécessaire au point de vue d'un niveau de vie normal minimum.

Taux fondamentaux

Il y a eu beaucoup de discussion et de mécontentement à propos de la pension fondamentale de $20 par mois pour les aveugles et les vieillards. Le mécontentement s'est accentué par la hausse du coût de la vie et, comme nous l'avons déjà mentionné, plusieurs provinces ont pris des mesures pour augmenter les taux de pension. Dans les autres mémoires adressés au présent Comité, toute la question des taux minima fondamentaux a été soulevée, et nous croyons qu'il serait inopportun de notre part de faire une représentation spéciale sur ce point pour les aveugles en attendant que la question plus large de la sécurité sociale ait été analysée au complet. Nous avons noté avec intérêt la proposition du rapport Marsh voulant que ces taux soient haussés à $30 pour un célibataire et à $45 pour un homme marié. Nous croyons toutefois être justifiables de demander que les taux fondamentaux pour les aveugles soient proportionnés au coût de la vie et que, si le Comité recommande des taux fondamentaux plus élevés, et si le gouvernement accepte cette recommandation, tous les chiffres que nous avons employés dans ce mémoire pour illustrer le principe inspirateur de nos recommandations soient rajustés en conséquence.

Qualification de résidence

D'après la loi existante, un aveugle doit être domicilié au Canada pendant 20 ans avant d'avoir droit à la pension. Etant donné l'extrême désavantage que la cécité impose à sa victime, nous proposons que la période de résidence soit réduite à 5 ans ou à la période qui s'écoule avant que l'aubain obtienne droit de citoyenneté. Si les règlements d'hygiène concernant les immigrants du Canada n'excluaient pas les aveugles ni ceux qui souffrent de maladies des yeux susceptibles de causer la cécité, le fisc pourrait se protéger en n'accordant des pensions moyennant une résidence plus courte qu'à ceux-là dont la cécité proviendrait d'un accident non indemnisable ou d'une maladie survenue après leur arrivée au Canada. Une telle disposition aiderait à éviter certaines tragédies de cécité qui causent beaucoup de misère aux nouveaux citoyens canadiens.

Emploi et formation professionnelle

L'emploi des aveugles au Canada a beaucoup augmenté, surtout en ces dernières années. Dans notre mémoire au Comité parlementaire, en février 1935, nous avons présenté des statistiques d'emploi indiquant le nombre des aveugles employés dans un certain nombre de métiers. Les emplois fournis par l'Institut dans la confection des balais, des paniers, des ouvrages en bois et des confections de lingerie, des supports de tout genre, sans compter les emplois de bureau, etc., ont été de 400 en 1935 et de 806 en 1943. Le nombre des travailleurs à domicile sous les auspices de l'Institut a augmenté de 623 en 1935 à 1,254 en 1943. Les ouvriers aveugles placés par l'Institut dans l'industrie et le commerce ont passé de 24 en 1935 à 125 en 1943. Les ouvriers aveugles du personnel des écoles d'aveugles et les employés des organisations locales pour aveugles à Montréal étaient de 164 en 1935 et, d'après les derniers renseignements, il est à peu près le même actuellement. Enfin, avec les renseignements disponibles concernant 1935, les aveugles employés comme accordeurs de piano, organistes et professeurs de musique, ostéopathes, masseurs, chiropraticiens, vendeurs, etc., étaient au nombre de 265, mais en 1943, d'après des renseignements plus complets, ce groupe comptait 458 aveugles gagnant leur vie.

Il est intéressant de noter que les revenus des employés aveugles de l'Institut ont augmenté de $400,000 en 1935 à $925,000 dans l'année terminée le 31 mars 1943. Ces revenus ne comprennent pas les 125 ouvriers aveugles placés et surveillés par l'Institut dans l'industrie en général, et dont les revenus sont estimés à $125,000, ni les 458 accordeurs de piano, vendeurs, etc., aidés par l'Institut de différentes manières, et dont les revenus sont estimés à $200,000.

Ces chiffres sont par eux-mêmes d'éloquents témoignages du succès obtenu dans les huit dernières années et démentent les craintes qui furent exprimées lorsqu'on accorda les pensions aux aveugles, alors qu'on disait que les pensions empêcheraient les aveugles de rechercher les emplois lucratifs. Le grand obstacle à l'emploi des aveugles a résulté du préjugé bien compréhensible des employeurs. Le travail de l'Institut et les succès remportés par les ouvriers aveugles placés dans différents emplois par les efforts de l'Institut détruisent peu à peu ce préjugé.

L'augmentation de la demande du travail résultant de l'effort de guerre du Canada dans les trois dernières années y a également contribué beaucoup. Ainsi la politique d'emploi à longue portée et les efforts de l'Institut, en même temps que l'éducation des employeurs et la démonstration de la capacité des ouvriers aveugles développent de plus en plus l'intérêt et la confiance dans le travail des aveugles. Cette confiance aide à créer de nouvelles ouvertures pour le placement industriel des aveugles choisis et bien situés. Nous sommes décidés à pousser le travail de placer le plus grand nombre possible d'aveugles dans les industries, en dehors de l'atelier de l'Institut, tout en maintenant au plus haut point d'efficacité nos industries spécialisées, nos ateliers, notre commerce et nos services. Nous avons confiance de recevoir une collaboration croissante des industries, à mesure que les réalisations des aveugles seront mieux connues. Depuis l'adoption de la loi dite *Blind Workmen's Compensation Act* (Ontario, 1931), aucun ouvrier aveugle employé dans l'industrie en dehors de l'Institut national canadien des aveugles et sujet aux dispositions de la loi, n'a subi d'accident comportant une perte de temps imputable sur le compte du revenu consolidé de la province d'Ontario.

D'après l'expérience acquise par l'Institut dans les 25 dernières années, nous avons inauguré un programme grâce auquel nous avons confiance que la série des emplois d'aveugles augmentera considérablement. Nous avons déjà pris des mesures afin d'adapter les épreuves d'orientation professionnelle pour répondre aux besoins des aveugles, pour inaugurer le système de l'analyse des emplois et pour renforcir grandement et étendre le service de surveillance des employés aveugles. Dans ce travail, nous utilisons les renseignements et les services des Canadiens les plus en vue dans le domaine de l'orientation professionnelle, de l'analyse des emplois, de la direction des personnels, de l'organisation des gérances et de la sociologie.

Bien qu'il concerne surtout les aveugles, le travail de l'Institut est cependant d'une extrême importance pour les infirmes en général. La preuve qu'il y a des occupations qui peuvent être remplies aussi bien par les aveugles que par les voyants implique qu'il y a des occupations qui peuvent être remplies aussi bien par les autres infirmes que par les bien portants. Nous sommes allés encore plus loin que cela dans nos ateliers et nos bureaux. Pour certaines occupations exigeant la vue, nous avons employé des personnes ayant d'autres infirmités et nous avons démontré que dans un grand nombre de cas, ces personnes sont capables de faire du travail efficace sur un pied de concurrence. Nous sommes contents de l'hommage qu'on a rendu à notre travail en accordant un intérêt considérable aux infirmes et de la progression des perspectives qui se dessinent grâce aux autres organisations sociales comme aussi aux gouvernements fédéral et provinciaux.

Nous approuvons le principe inspirateur des recommandations formulées par le Conseil de salubrité fédéral à l'effet d'accorder des allocations pour l'entraînement des infirmes de la vue, mais nous croyons devoir attirer l'attention du Comité sur certaines précautions d'ordre pratique qu'il importe d'observer.

1. Les allocations d'entraînement seraient administrées par les ministères des neuf provinces du Canada. Il peut être difficile de normaliser la procédure de manière à rendre ces allocations uniformes dans tout le pays. Faute d'unifor-

mité, il peut se développer une confusion qui causerait probablement beaucoup de misère.

2. Il y a le danger que les employables, les inemployables et les employables partiels soient l'objet d'un classement régide ou que les personnes classées comme appartenant à l'une ou l'autre de ces catégories puissent trouver difficile de faire changer leur statut. L'employabilité des infirmes en général et des aveugles en particulier dépend d'une variété de facteurs: aptitude naturelle, état de santé, entraînement, milieu et présence ou absence de possibilité d'emploi dans la série limitée des occupations qui peuvent être exercées efficacement par ces personnes. D'après l'expérience de l'Institut, il est difficile de dire avec exactitude qu'un certain aveugle est inemployable tant qu'on n'a pas bien étudié son cas, et souvent tant qu'on ne l'a pas soumis à des essais pratiques.

3. Il y a aussi le danger que, dans certaines provinces, le soin de déterminer si un aveugle est employable ou non, soit confié à des gens qui ne font pas autorité en matière d'employabilité, ou du moins quant à l'employabilité des aveugles. Les diplômés des écoles d'aveugles sont d'ordinaire prêts au travail dès qu'ils quittent l'école et, en général, l'Institut a pu placer ces diplômés sans délai ni difficulté. Le problème est plus compliqué pour ceux qui perdent la vue une fois adultes. Les uns sont extrêmement adaptables, s'ajustent rapidement et peuvent être placés en un temps relativement court, quitte à recevoir leur entraînement en travaillant. D'autres s'ajustent plus lentement, exigent plus d'entraînement, et ne peuvent se placer que difficilement, parfois après beaucoup d'expérimentation. D'autres encore, à cause de leur âge et de leurs autres difficultés, ne sont aptes à se former au travail ni sous les auspices de l'Institut, ni dans l'industrie en général. L'Institut donne souvent l'entraînement aux aveugles à l'ouvrage, parfois à un centre divisionnaire et parfois à domicile. Ceux qui ne sont pas capables de travailler en dehors de chez eux apprennent des métiers sous la direction du personnel d'enseignement domestique de l'Institut. Chaque année, plus de 300 aveugles nouvellement enregistrés reçoivent leur instruction chez eux.

Il est bon de signaler qu'aucune de ces catégories n'est définitivement fixée. A maintes reprises, nous avons constaté que des personnes ont changé leur statut d'inemployable à celui d'employable partiel et d'employable tout court, et parfois le changement s'est accompli en sens inverse. Etant donné les services d'ampleur nationale rendus par l'Institut national canadien des aveugles, une forte partie de l'entraînement d'après différents systèmes devrait lui être confiée. Dans l'intérêt du public aussi bien que des aveugles, l'Institut tient à se garder contre la possibilité de placer des personnes virtuellement capables dans le groupe des inemployables et par contre, de s'encombrer d'un grand nombre d'apprentis dont les possibilités seraient extrêmement faibles.

Conclusions

Chaque fois qu'il s'est produit dans les lois sociales un progrès vers la reconnaissance ou la prévision des besoins fondamentaux des aveugles, l'Institut a pu élargir ses services. Le Conseil national de l'Institut, à qui incombe le choix des lignes de conduite et des moyens, s'est inspiré de ce principe et s'est intéressé vivement non seulement au bien-être des aveugles en général mais aussi aux possibilités de réadaptation pratique de tous les aveugles qui peuvent être pleinement ou partiellement employables. En élaborant et en appliquant ces lignes de conduite, le Conseil bénéficie de la collaboration active et sincère des conseils divisionnaires de l'Institut dans l'Est et dans l'Ouest du Canada, et de plus d'une centaine de conseils et de comités régionaux de l'Institut; des organisations féminines, des clubs sociaux et des autres groupes de travailleurs sociaux. La collaboration de ces organismes avec l'Institut a sensiblement aidé à rendre le programme plus efficace.

Les organisations et les clubs formés par les aveugles ont été au premier plan dans le travail de collaboration avec l'Institut pour formuler ses projets et aider à les réaliser. Le courage et la coopération des aveugles ont été édifiants et encourageants pour tous les membres bénévoles du Conseil central et des conseils régionaux de l'Institut. Nous croyons que la philosophie pratique et l'attitude enthousiaste de ces aveugles à qui on a donné des chances raisonnables ont mérité l'admiration du peuple canadien. Chaque preuve additionnelle de compréhension réfléchie et d'aide pratique de la part des gouvernements et du peuple du Canada a causé une réaction immédiate et très encourageante chez les aveugles. Si les recommandations du Conseil de salubrité fédéral et de notre Institut sont mises en vigueur, elles constitueront le plus ample programme de service pour les aveugles et de prévention de la cécité qui ait encore été élaboré au Canada.

Nous espérons fermement que le Comité, dans sa sagesse, acceptera ces recommandations.

PIÈCE "A"

Tableau des revenus d'après le plan des taux gradués de pension pour les célibataires

Gain	Pension	Revenu	Gain	Pension	Revenu
$200	$240	$440	$450	$115	$565
210	235	445	460	110	570
220	230	450	470	105	575
230	225	455	480	100	580
240	220	460	490	95	585
250	215	465	500	90	590
260	210	470	510	85	595
270	205	475	520	80	600
280	200	480	530	75	605
290	195	485	540	70	610
300	190	490	550	65	615
310	185	495	560	60	620
320	180	500	570	55	625
330	175	505	580	50	630
340	170	510	590	45	635
350	165	515	600	40	640
360	160	520	610	35	645
370	155	525	620	30	650
380	150	530	630	25	655
390	145	535	640	20	660
400	140	540	650	15	665
410	135	545	660	10	670
420	130	550	670	5	675
430	125	555	680		675
440	120	560			680

PIÈCE "B"

Tableau des revenus d'après le plan des taux gradués de pension pour les personnes mariées

Gain	Pension	Revenu	Gain	Pension	Revenu
$565	$240	$805	$815	$115	$930
575	235	810	825	110	935
585	230	815	835	105	940
595	225	825	845	100	945
615	215	830	855	95	950
625	210	835	865	90	955
635	205	840	875	85	960
645	200	845	885	80	965
655	195	850	895	75	970
665	190	855	905	70	975
675	185	860	915	65	980
685	180	865	925	60	985
695	175	870	935	55	990
705	170	875	945	50	995
715	165	880	955	45	1,000
725	160	885	965	40	1,005
735	155	890	975	35	1,010
745	150	895	985	30	1,015
755	145	900	995	25	1,020
765	140	905	1,005	20	1,025
775	135	910	1,015	15	1,030
785	130	915	1,025	10	1,035
795	125	920	1,035	5	1,040
805	120	925	1,045		1,045

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Myers. Désire-t-on interroger M. Myers?

M. DONNELLY: Si l'âge de la pension était abaissé de 40 ans à 21, M. Myers voudrait-il nous dire combien d'aveugles additionnels en bénéficieraient et ce qu'il en coûterait?

Le col. BAKER: Nous n'avons pas calculé ce qu'il en coûterait exactement, mais comme nous constatons que dans le groupe important de vingt et un ans à quarante nous avons le plus haut degré d'employabilité, comme nous avons actuellement 1,631 aveugles inscrits à l'Institut dans ce groupe d'âge, dont 565 sont employés à plein temps, 822 sont employés d'une manière intermittente ou sont des femmes mariées occupées aux soins du ménage, et que 244 seulement sont classés comme inemployables à cause de leurs multiples infirmités, je crois que le nombre des pensionnés avoisinerait probablement 400 et ne dépasserait pas 500. Je crois, monsieur, que le Conseil de salubrité a établi une estimation à ce sujet.

Le PRÉSIDENT: A-t-on d'autres questions à poser?

Mme CASSELMAN: Accorde-t-on une allocation ou une pension de quelque sorte à ceux qui ont moins de 21 ans?

Le col. BAKER: Non, madame. Les enfants d'âge pré-scolaire, naturellement, vivent à la maison. Ceux qui sont d'âge scolaire sont acceptés, dans la plupart des provinces sinon dans toutes, comme les pupilles des gouvernements provinciaux. Ceux-ci leur payent pension et études pendant les dix mois de l'année scolaire et leur permettent ainsi de faire leur cours primaire et même leur cours primaire supérieur, en défrayant leur subsistance et leurs études jusqu'à l'âge de 21 ans.

M. BLANCHETTE: J'ai une question à poser, mais avant, avec votre permission, je tiens à dire combien j'apprécie le mémoire que nous avons entendu ce matin. C'est un des plus modérés et des plus raisonnables qui nous aient été présentés au cours de cette session. Je ne sais si j'ai été plus réceptif ce matin qu'aux séances précédentes, mais c'est la première fois, me semble-t-il, qu'on nous présente un mémoire qui tient compte du contribuable. Dans tout le document, on semble se préoccuper de cette idée, et je crois que le Comité est très heureux du mémoire qu'on nous a lu ce matin.

Nous avons eu le colonel Baker comme témoin dans d'autres comités, et ce matin il a été réellement à la hauteur, de même que M. Myers, en nous présentant un mémoire très intéressant et précis.

Parmi nos distingués visiteurs, ce matin, nous avons le docteur Grégoire, sous-ministre de la Santé de la province de Québec. Je tiens à signaler au Comité que le docteur Grégoire a collaboré avec notre Comité en faisant présenter à Québec le bill n° 51, maintenant adopté, qui crée une commission d'assurance-maladie.

Voici la question que je voudrais poser. Je vois à la page 14 du mémoire les mots suivants: "Depuis l'adoption de la loi dite Blind Workmen's Compensation Act (Ontario, 1931), aucun ouvrier aveugle employé dans l'industrie en dehors de l'Institut national canadien des Aveugles et sujet aux dispositions de la loi, n'a subi d'accident comportant une perte de temps imputable sur le compte du revenu consolidé de la province d'Ontario". Y a-t-il une autre province qui ait adopté une pareille loi?

Le col. BAKER: Pas encore. Je crois qu'un bill de ce genre est actuellement à l'étude à Québec.

MME CASSELMAN: Dans cet ordre d'idées, je ferai remarquer que ce mémoire démontre qu'il y a réellement place pour le travail d'une association bénévole en notre pays. Je ne crois pas qu'une agence gouvernementale puisse faire pour les aveugles ce que cet institut a réussi à accomplir. Sans doute, il y a place pour l'idée du gouvernement, mais ce mémoire semble aussi montrer encore une fois à quel point une organisation bénévole est nécessaire dans ce domaine, à cause du vif intérêt personnel et de l'attention que donnent les membres d'une telle association à ceux qui viennent les trouver.

Or, une question se pose à mon esprit: quand même l'aide du gouvernement serait augmentée, l'Institut canadien des aveugles ne se propose pas de réduire son propre travail, n'est-ce pas?

Le TÉMOIN: Pas du tout, mais de l'augmenter.

Le col. BAKER: Nous avons tenté de faire remarquer qu'à la suite de l'octroi d'une pension en 1937 nous avons pu, grâce aux fonds fournis et aux occasions offertes, faire plus que doubler le nombre des emplois. Grâce au statut actuel et à la collaboration du gouvernement dans le sens des recommandations de ce matin, nous espérons fermement pouvoir faire en sorte, partout où ce sera possible, que chaque aveugle soit employé dans toute la mesure de son employabilité. Voilà notre objectif.

Le PRÉSIDENT: Colonel Baker, comment expliquez-vous la forte augmentation des ouvriers aveugles employés d'une manière rémunératrice de 1935 à 1943, et par conséquent la forte augmentation de leurs revenus? Est-ce dû à un système éducatif ou à une attention individuelle?

Le col. BAKER: Une partie de cette augmentation est due au fait qu'avec les fonds octroyés comme secours et avec les pensions aux aveugles, nous avons pu intensifier et étendre nos services d'emploi; deuxièmement nous avons appris beaucoup dans l'intervalle, non seulement par notre propre travail dans le pays, mais aussi par les renseignements que nous avons pu obtenir des autres pays. Enfin, il y a deux facteurs que vous ne devez pas oublier. D'abord, l'employeur comprend mieux ses devoirs et il est plus prêt à accepter l'ouvrier aveugle;

deuxièmement il y a, par suite de la guerre, rareté de main-d'œuvre, ce qui a donné des chances.

Le PRÉSIDENT: Ces renseignements accusent un progrès remarquable.

Le col. BAKER: Oui.

M. GERSHAW: Le témoin pourrait-il nous dire plus précisément ce qui pourrait se faire pour prévenir la cécité? Par exemple, plusieurs provinces exigent qu'on mettre certains médicaments dans les yeux de l'enfant nouveau-né.

Le PRÉSIDENT: Docteur MacDonald, pourriez-vous répondre à cette question?

Dr J. A. MACDONALD: Monsieur le président, mesdames et messieurs, j'apprécie beaucoup l'honneur qu'on me fait en me fournissant l'occasion de formuler quelques observations, surtout au sujet de la question qu'on vient de poser relativement à la prévention de la cécité. Notre Institut attache beaucoup d'importance à cette question. Les gens qui jouissent du don inestimable de la vue peuvent parler d'une manière abstraite de l'importance de prévenir la cécité, mais on nous permettra sans doute de dire que ceux d'entre nous qui ont eu à monter l'interminable côte de l'obscurité sont en meilleure posture pour connaître les facteurs intimes qui sont en jeu. J'ai entendu avec une profonde satisfaction la voix de mon grand ami le docteur Jean Grégoire, de Québec, aujourd'hui, tandis qu'il résumait les recommandations du Conseil de salubrité fédéral relativement aux investigations, aux études et au traitement aux frais du public de millions d'hommes et de femmes menacés de cécité, qui peuvent n'avoir pas reçu l'attention voulue et par conséquent qui peuvent être placés un jour ou l'autre dans la catégorie de ceux qu'il faudrait aider comme aveugles.

Dans quelle mesure peut-on prévenir la cécité? Voilà une question à laquelle il est très difficile de répondre tant soit peu exactement, mais ceux qui ont examiné les nombreux facteurs de la cécité disent entre eux que dans une proportion de 50 à 60 ou même à 75 p. 100, on pourrait l'éviter. Nous savons qu'il y a certains états maladifs qui céderaient à un traitement local et qui aboutissent à la destruction de la vue. On a presque complètement vaincu l'ophthalmia néonatorum (ophtalmie des nouveau-nés) on a eu raison du glaucome, et l'on peut supprimer le trachome. On peut faire beaucoup pour corriger ces situations et il y a d'autres conditions qu'on peut soulager beaucoup par des moyens prophylactiques ou par le recours à la chirurgie ou à la médecine. Quant à la prévention des accidents du travail, on ne peut douter du fait qu'ils ne devraient pas se produire et que dans bien des cas, avec des bons soins et du temps, on pourrait souvent empêcher la perte de la vue. Nous savons que bien des travailleurs perdent la vue à l'époque de leur pleine vigueur et sans aucune nécessité. Je ne crois pas que nous devions ajouter beaucoup de foi à certaines réclames que nous lisons, bien qu'elles paraissent dans des revues médicales authentiques, et d'après lesquelles toutes les sortes de cécité peuvent être prévenues. Je lisais dans un journal américain, il n'y a pas longtemps, que 75 à 80 p. 100 des cas de cécité pouvaient se prévenir, mais je voudrais jeter un coup d'œil sur les chiffres qui nous sont fournis aujourd'hui dans le mémoire de l'Institut.

Si vous désirez analyser les 6,400 cas dont il s'agit, vous verrez qu'avec de l'expérience et une attention convenable, surtout en ce qui concerne les infections qui envahissent la structure de l'œil et en affaiblissent l'action, une très forte proportion de cécité provenant de maladies locales généralisées pourrait être empêchée. Parmi ces cas, 545 étaient dus à des causes industrielles ou chimiques, et j'ai déjà dit que ce sont là des conditions qui ne devraient pas exister. De tels cas pourraient s'éviter.

Parlons maintenant des écoliers. Je me demande qui oserait estimer le nombre de garçons ou de fillettes de nos écoles qui souffrent de quelque sequelle

ou de maladies infectueuses qui aboutissent à des troubles de la vue et qui, faute de traitements, peuvent tôt ou tard affecter gravement la vue, sinon la détruire.

Beaucoup de ces enfants ne devraient pas étudier dans des classes ordinaires, devant des pupitres, ni lire dans les manuels ordinaires. Nous savons que la science l'a démontré et cependant nous devons admettre qu'inévitablement ces enfants sont considérés comme devant être admis dans les classes spécialisées. On a organisé pour eux des classes dans tout le pays, mais il faut regretter qu'il n'y ait que quelques centres où l'on ait apprécié les facilités offertes à ce sujet. En fait, ces classes peuvent coûter un peu plus cher, mais la différence est insignifiante en comparaison de ce que coûte la cécité à sa victime et à l'Etat. Toute organisation particulière aurait de la difficulté à réaliser un large programme d'ensemble pour la prévention de la cécité. L'Institut national canadien des aveugles a exécuté une somme énorme de travail dans les 25 dernières années et s'est rendu compte de la gravité du problème. Avec les ressources dont nous disposons, avec la collaboration des sociétés de bienfaisance et des clubs d'assistance dans le pays, nous ne doutons pas d'avoir sauvé la vue à des milliers d'hommes, de femmes et d'enfants. Comme le docteur Grégoire l'a indiqué aujourd'hui dans son mémoire, une solution éventuellement satisfaisante et complète du problème demande une action sérieuse et continue de la part des gouvernements fédéral et provinciaux. Nous sommes de l'avis de ceux qui déclarent qu'avec le temps on découvrira l'importance capitale de la prévention de la cécité, et il se peut que tous les plans que nous examinons actuellement et ceux que l'on met à exécution au profit des aveugles soient considérés comme provisoires, parce que les causes de la cécité sont relativement moins obscures que celles de bien d'autres défectuosités ou maladies qui assaillent l'humanité. Parmi ces affections, la cécité est une des premières qu'il faudrait enrayer.

Avec de telles promesses, si nous prenons des mesures vigoureuses, sérieuses et incessantes, nous pourrons peut-être atteindre bientôt le but poursuivi, dans une mesure que nous ne pouvons pas prévoir. Un mot d'ordre s'impose aux autorités, c'est celui de tenter, pour prévenir la cécité, tous les efforts qui peuvent concourir à la conservation du plus précieux des biens de la vie.

Le PRÉSIDENT: Merci, docteur.

(Le docteur MacDonald dit quelques mots en français).

Le PRÉSIDENT: Pourriez-vous nous dire un mot en gaélique?

Le Dr MACDONALD: Oui, je pourrais le faire, mais je craindrais qu'il n'y ait personne ici qui puisse me comprendre.

Le PRÉSIDENT: Oh! oui, il y en a.

M. GERSHAW: Monsieur le président, ma question n'est peut-être pas dans l'ordre, mais comme on l'a indiqué, une cause très commune de cécité est la blennoragie oculaire, maladie qui peut très facilement et presque sûrement se prévenir. Je voudrais savoir si la loi exige que l'on mette dans les yeux des nouveau-nés certaines préparations d'argent pour prévenir ce genre de cécité.

Le Dr GRÉGOIRE: Je sais que ce n'est pas obligatoire dans le Québec, mais nous distribuons du nitrate d'argent à tous les médecins par l'entremise de nos unités sanitaires. Il n'est pas obligatoire de mettre du nitrate d'argent dans les yeux des bébés, mais j'espère qu'on le fait.

M. BLANCHETTE: Mais vous vous en servez?

Le Dr GRÉGOIRE: Oui, nous nous en servons.

Le col. BAKER: Je puis dire, monsieur le président, que je connais, par exemple, une école d'aveugles où, il y a trente ans, 35 p. 100 des élèves avaient perdu la vue par l'ophtalmie des nouveau-nés; il y a deux ans, moins de 10 p. 100 des élèves présents tenaient leur cécité de cette cause.

Le PRÉSIDENT: Le docteur Cypihot:

Le Dr H. CYPIHOT est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le ministre, monsieur le président, mesdames et messieurs, il est peut-être à propos de montrer mes lettres de créance aux honorables membres de ce comité. Je m'occupe depuis vingt-cinq ans de l'Institut Nazareth, de Montréal, le plus ancien du pays. Depuis treize ans, je suis le président de d'I.N.C.A., division québécoise.

J'ai examiné attentivement le mémoire si brillamment présenté par le colonel Baker et ses collègues.

Je tiens à appuyer sur deux points en particulier, relativement au bien-être des aveugles: premièrement, l'importance de les tenir à l'ouvrage pour leur garder un bon moral, éviter la monotonie et l'oisiveté, leur permettre de gagner leur vie et de devenir de meilleurs citoyens. Dans l'espèce, je dirais qu'il y a collaboration entre l'Etat et l'individu. Mon second point est qu'il faudrait accorder une allocation de subsistance raisonnable à ceux qui ne peuvent pas vivre par eux-mêmes. Dans mon humble opinion, cette allocation devrait s'accorder d'après une échelle mobile, comme dans les tableaux A et B que vous avez reçus.

J'ajouterai que j'approuve entièrement les efforts tentés pour l'amélioration du bien-être des aveugles et que j'appuie entièrement les conclusions du mémoire.

(Le docteur Cypihot fait les mêmes observations en français.)

M. MACINNIS: Monsieur le président, je tiens à signaler les remarques faites en anglais par le dernier témoin relativement à l'échelle mobile. Avant de le faire, je m'associe à ceux qui ont souligné l'excellence de ce mémoire. J'en ai remarqué tout particulièrement le caractère simple et raisonnable; mais je désire surtout insister sur l'importance, à mon avis d'inclure l'échelle mobile dont parle ce mémoire dans tout système de pension pour aveugles ou dans tout ce qui sera accompli pour les aveugles sous le régime de la loi de l'assurance-maladie. J'ai toujours considéré que l'homme n'était pas simplement un être physique qui pouvait être au comble du bonheur dès qu'il avait le nécessaire pour subsister. Il n'y a rien de plus déprimant, rien qui retarde le développement des humains comme d'exister au moyen d'une pitance capable tout au plus d'empêcher de mourir. Il est essentiel à l'être humain, pour bien vivre sa vie, de voir des perspectives de progrès et c'est pour cette raison que je demande au Comité, dans tout ce qu'il fera, de ne pas oublier cette question de l'échelle mobile.

Le PRÉSIDENT: A-t-on d'autres questions à poser? En votre nom, je tiens à exprimer la reconnaissance du Comité aux représentants des aveugles pour ce mémoire très constructif et pour leur excellente manière de le présenter. Inutile d'ajouter quoi que ce soit à ce qu'ont dit M. Blanchette et M. MacInnis au sujet de ce mémoire.

M. MYERS: Monsieur le président, avant que vous ajourniez, le capitaine M. C. Robinson, directeur de l'Institut national canadien des aveugles pour l'Ouest du Canada aimerait faire une déclaration concernant les pensions.

Le capitaine M. C. ROBINSON est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, mesdames et messieurs, le docteur MacDonald et d'autres ont dit que la cécité était une tragédie, mais lorsque la cécité est jointe à la pauvreté elle devient alors une grande tragédie.

Maintenant, avant que cette séance prenne fin, je voudrais, au nom des aveugles que cette loi sommaire intéressera, vous donner une idée aussi claire que possible des individus que cela concerne. Il a été suggéré que la limite d'âge soit abaissée de 40 à 21 ans. Immédiatement, ma pensée se porte sur ce jeune homme qui pendant quelques sept ans fut le soutien de sa mère, puis tomba malade; mais sa maladie étant mentale, il fut admis à un asile d'aliénés

et y passa les six années suivantes. Après cela, bien que loin d'être rétabli, son état lui permettait d'être libéré pourvu que sa mère, une femme âgée, fût en état de le faire vivre. On lui permit donc de quitter l'asile et depuis, il vit aux crochets de sa mère. Ce sont des cas de ce genre que nous tentons de secourir lorsque nous recommandons d'assister des individus comme cet homme de trente-cinq ans. Pourquoi devrait-il attendre cinq autres années pour être admissible à la pension. Ce sont des personnes de ce genre qui forment les 500 dont le colonel Baker a parlé. Puis, j'ai visité un homme qui l'an dernier servait avec distinction dans la marine marchande, et qui aujourd'hui est complètement aveugle et en plus souffre cruellement de gastrite ulcéreuse.

Or, mesdames et messieurs, bien que l'Institut lui ait procuré un appareil de T.S.F., une montre Braille et les services de nos instructeurs à domicile, cet homme est incapable de prendre soin de lui-même convenablement avec la pension qu'on lui verse actuellement; c'est à cause de celá que nous demandons que le taux de base de notre pension soit augmenté. C'est ce que les aveugles désirent et ce dont ils ont besoin, et ainsi nous demandons que le taux de base de la pension soit augmenté et proportionné à l'indice du coût de la vie. Cet homme est complètement aveugle et sa situation est bien différente de celle de l'individu dont la vue lui permet de se guider. Pour illustrer la chose, mettez-vous cinq ou six épaisseurs de gaze sur les yeux et vous pourrez vous former une idée de ce que nos cas indéterminés peuvent voir. Malgré ces épaisseurs de gaze, vous pourrez entrer dans cette salle, par cette porte, vous trouver un siège, puis sortir. Il est vrai que vous ne pourriez concourir avec les ouvriers qui jouissent de la vue et qu'en conséquence il vous faudrait une pension, néanmoins vos besoins ne seraient pas aussi grands que ceux d'un homme qui est complètement aveugle et qui, par suite de sa cécité complète et de ses autres infirmités physiques, ne peut suppléer à la pension qu'on lui verse. Et c'est à cause de ces individus que nous croyons qu'il devrait y avoir une différence; en d'autres termes, il derait y avoir une allocation spéciale quelconque pour permettre aux personnes complètement aveugles d'obtenir l'aide nécessaire pour se guider et qui serait supplémentaire à celle versée aux personnes qui voient suffisamment pour se guider.

Puis il y a le cas de cet homme des Maritimes, vivant aujourd'hui dans l'Alberta, qui pendant des années exerça le métier d'accordeur de pianos dans le district de Crow's Nest Pass. Jusqu'à ce que l'Institut fût fondé, il voyageait là-bas, allant et venant sur les trains de marchandises et les draisiennes à bras. Depuis, il s'est établi à Calgary. Aujourd'hui, il reçoit une pension d'aveugle et gagne en plus de $200 par année; mais il n'y a pour cet homme aucun motif qui puisse le pousser à gagner plus de $200, parce que le plus qu'il pourrait gagner serait un autre montant de $200 et cela ne lui servirait de rien puisque pour chaque dollar ainsi gagné on lui en déduirait un de sa pension. Et en conséquence nous suggérons, dans ce mémoire, que 50 cents seulement soit déduit pour chaque dollar ainsi ajouté à la pension.

Je me rappelle également le cas de cet autre, venu ici d'Ecosse lorsqu'il avait à peu près quarante huit ans. Il était depuis trois ans au pays lorsqu'il perdit la vue. Cet homme a passé quinze ans au Canada et il lui faudra, néanmoins, y vivre encore cinq ans avant d'être admissible à la pension. Nous admettons que lorsqu'il s'agit de la Loi sur les pensions de vieillesse, des dispositions relativement à la résidence sont absolument nécessaires et que probablement une période de vingt ans serait justifiée, mais est-ce qu'un homme, qui entre au pays avec des yeux sains, car il ne pourrait entrer s'il en était autrement, et qui perd la vue ici devrait attendre pendant vingt ans avant d'être admissible à la pension? Nous ne le croyons pas et en conséquence avons demandé que la période de résidence soit réduite à cinq ans.

En raison de tous ces facteurs et besoins, et en vue de la prévention de la cécité, il a été suggéré qu'une loi distincte soit adoptée. Ainsi donc, monsieur le président, mesdames et messieurs, au nom des aveugles que je représente ici aujourd'hui, je désire unir ma voix à celle de M. Myers pour demander au Comité de bien vouloir prendre en favorable considération le mémoire que nous avons présenté.

Le PRÉSIDENT: Colonel Baker, avez-vous quelques commentaires à faire?

Le col. BAKER: Non, je n'ai rien à ajouter si ce n'est de vous remercier, vous et les membres de ce Comité, pour la patience et la courtoisie avec lesquelles vous avez accueilli notre mémoire et de remercier le docteur Grégoire. Je désire vous assurer, monsieur, que si nous pouvons collaborer davantage avec vous en vous fournissant les renseignements que vous pourriez désirer, nous serons très heureux de le faire. Je vous remercie.

Le PRÉSIDENT: Nous ajournerons à mardi le 22, à 11 heures du matin.

A midi et 45, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mardi 22 juin, à 11 heures du matin.

APPENDICE A

CLASSIFICATION PAR ÂGES DES AVEUGLES AU CANADA LE 30 NOVEMBRE 1942

L'Institut National Canadien des Aveugles

Inscrits à l'I.N.C.A.		12,344
Hommes, 7,118; femmes, 5,226.		
70 ans et plus	3,422	
40–69 ans	6,618	
21–39 ans	1,631	
20 ans et moins	673	
Classifiés comme suit:		
Femmes mariées		3,474
Femmes célibataires		1,752
Cécité complète ou faible perception		5,558
Vue permettant de se guider		6,786
Cas de folie—dans les institutions		189
Cas de folie—en dehors des institutions		315
Pension de vieillesse		710
Loi des accidents du travail		136
Allocations familiales		164
Soldats aveugles		119
Pension aux aveugles		5,806
Indiens inscrits—non compris dans l'analyse ci-dessus		144

L'INSTITUT NATIONAL CANADIEN DES AVEUGLES

CLASSIFICATION PAR ÂGES DES AVEUGLES AU CANADA

Le 30 novembre 1942

—	I.P.-E.			N.-E.			N.-B.			P.Q.			ONT.			MAN.			SASK.			ALTA.			C.-B.			GRAND TOTAL
	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	
Inscrits à l'I.N.C.A.: 70 ans et plus, 1872 ou antérieurement	18	25	43	135	136	271	119	117	236	389	466	855	581	531	1,112	131	77	208	133	86	219	119	65	184	174	120	294	*3,422
Classifiés comme suit: Femmes mariées	....	....	16	....	....	112	....	....	95	....	....	381	....	....	423	....	....	68	....	....	85	....	....	63	....	....	103	1,346
Femmes célibataires	....	....	9	....	....	24	....	....	22	....	....	85	....	....	108	....	....	9	....	....	1	....	....	2	....	....	17	277
Cécité complète ou faibe perception	....	....	14	....	....	150	....	....	131	....	....	562	....	....	585	....	....	95	....	....	121	....	....	66	....	....	111	1,835
Vue suffisante pour se guider	....	....	29	....	....	121	....	....	105	....	....	293	....	....	527	....	....	113	....	....	98	....	....	118	....	....	183	1,587
Cas de folie—en dehors des institutions	....	....	....	....	....	2	....	....	2	....	....	12	....	....	13	....	....	....	....	....	3	....	....	2	....	....	1	35
Cas de folie—dans les institutions	....	....	1	....	....	3	....	....	....	....	....	4	....	....	14	....	....	3	....	....	2	....	....	4	....	....	....	31
Pension de vieillesse	....	....	2	....	....	53	....	....	23	....	....	42	....	....	339	....	....	45	....	....	50	....	....	81	....	....	75	710
Loi des accidents du travail	....	....	....	....	....	4	....	....	....	....	....	....	....	....	6	....	....	1	....	....	1	....	....	2	....	....	1	15
Allocations aux mères	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	5	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	....	....	6
Soldats aveugles	....	....	....	....	....	1	....	....	1	....	....	....	....	....	-	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	4
Pension des aveugles	....	....	34	....	....	140	....	....	177	....	....	377	....	....	331	....	....	71	....	....	68	....	....	48	....	....	81	1,327
Indiens inscrits—non compris dans l'analyse ci-dessus	....	....	1	....	....	1	....	....	2	....	....	....	....	....	6	....	....	6	....	....	26	....	....	5	....	....	19	66

*Hommes, 1,799; Femmes, 1,623.

L'INSTITUT NATIONAL CANADIEN DES AVEUGLES

CLASSIFICATION PAR ÂGES DES AVEUGLES AU CANADA

Le 30 novembre 1942

—	I.P.-E.			N.-E.			N.-B.			P.Q.			ONT.			MAN.			SASK.			ALTA.			C.-B.			
	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	GRAND TOTAL
Inscrits à l'I.N.C.A.—40-69 ans, 1902-1873	35	27	62	287	194	481	234	261	495	1230	955	2,185	1210	756	1,966	225	140	365	166	124	290	196	112	308	319	147	466	*6,618
Classifiés comme suit: Femmes mariées	....	....	18	....	....	124	....	....	201	....	....	651	....	....	558	....	....	98	....	....	106	....	....	87	....	....	119	1,962
Femmes célibataires	....	....	9	....	....	70	....	....	60	....	....	304	....	....	198	....	....	42	....	....	18	....	....	25	....	....	28	754
Cécité complète ou faible perception	....	....	17	....	....	213	....	....	182	....	....	983	....	....	860	....	....	142	....	....	124	....	....	99	....	....	164	2,784
Vue suffisante pour se guider	....	....	45	....	....	268	....	....	313	....	....	1,202	....	....	1,106	....	....	223	....	....	166	....	....	209	....	....	302	3 834
Cas de folie—dans les institutions	....	....	3	....	....	....	....	....	2	....	....	26	....	....	34	....	....	15	....	....	1	....	....	5	....	....	14	100
Cas de folie—en dehors des institutions	....	....	....	....	....	22	....	....	10	....	....	23	....	....	50	....	....	3	....	....	5	....	....	5	....	....	4	122
Pension de vieillesse	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Loi des accidents du travail	....	....	....	....	....	15	....	....	2	....	....	7	....	....	47	....	....	4	....	....	....	....	....	5	....	....	17	97
Allocations aux mères	....	....	....	....	....	3	....	....	....	....	....	1	....	....	98	....	....	3	....	....	8	....	....	....	....	....	18	131
Soldats aveugles	....	....	....	....	....	2	....	....	2	....	....	10	....	....	68	....	....	4	....	....	1	....	....	7	....	....	15	109
Pension des aveugles	....	....	49	....	....	354	....	....	418	....	....	1,796	....	....	1,043	....	....	240	....	....	179	....	....	160	....	....	240	4,479
Indiens inscrits—non compris dans l'analyse ci-dessus	....	....	....	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	....	11	....	....	7	....	....	16	....	....	11	....	....	13	59

*Hommes, 3,902; Femmes, 2,716.

L'INSTITUT NATIONAL CANADIEN DES AVEUGLES

Classification par âges des aveugles au Canada

Le 30 novembre 1942

—	I.P.-E.			...-E.			N.-B.			P.Q.			Ont.			Man.			Sask.			Alta.			C.-B.			
	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	Grand total
Inscrits à l'I.N.C.A.— 21-39 ans, 1903-1921	3	8	11	74	59	133	65	28	93	304	154	458	304	200	504	73	35	108	70	33	103	56	45	101	72	48	120	*1,631
Classifiés comme suit: Femmes mariées	....	....	.....	....	....	13	....	....	9	....	....	18	....	....	73	....	....	7	....	....	7	....	....	19	....	....	17	163
Femmes célibataires	....	....	8	....	....	46	....	....	19	....	....	136	....	....	127	....	....	28	....	....	26	....	....	26	....	....	31	447
Cécité complète ou faible perception	....	....	4	....	....	67	....	....	45	....	....	229	....	....	177	....	....	36	....	....	39	....	....	30	....	....	49	676
Vue suffisante pour se guider	....	....	7	....	....	66	....	....	48	....	....	229	....	....	327	....	....	72	....	....	64	....	....	71	....	....	71	955
Cas de folie—dans les institutions	....	....	.....	....	....	1	....	....	.....	....	....	9	....	....	19	....	....	4	....	....	2	....	....	2	....	....	4	41
Cas de folie—en dehors des institutions	....	....	2	....	....	14	....	....	12	....	....	16	....	....	31	....	....	7	....	....	9	....	....	7	....	....	3	101
Pension de vieillesse	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	.....
Loi des accidents du travail	....	....	.....	....	....	1	....	....	4	....	....	1	....	....	8	....	....	5	....	....	.....	....	....	1	....	....	4	24
Allocations aux mères	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	1	....	....	23	....	....	1	....	....	1	....	....	.....	....	....	1	26
Soldats aveugles	....	....	.....	....	....	1	....	....	1	....	....	.....	....	....	2	....	....	.....	....	....	1	....	....	.....	....	....	.....	5
Pension des aveugles	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	.....
Indiens inscrits—non compris dans l'analyse ci-haut	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	.....	....	....	5	....	....	1	....	....	2	....	....	.....	....	....	5	13

* Hommes, 1,021: Femmes, 610.

L'INSTITUT NATIONAL CANADIEN DES AVEUGLES

CLASSIFICATION PAR ÂGES DES AVEUGLES AU CANADA

Le 30 novembre 1942

—	I.P.-E.			N.-E.			N.-B.			P.Q.			ONT.			MAN.			SASE.			ALTA.			C.-B.			
	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	H.	F.	T.	GRAND TOTAL
Inscrits à l'I.N.C.A.— 20 ans ou moins, 1922-1942	....	2	2	19	12	31	23	11	34	117	83	200	133	91	224	30	26	56	27	22	49	28	19	47	19	11	30	673
Classifiés comme suit: Femmes mariées	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	1	....	....	1	....	....	....	....	....	....	3
Femmes célibataires	....	....	2	....	....	12	....	....	11	....	....	83	....	....	90	....	....	25	....	....	21	....	....	19	....	....	11	274
Cécité complète ou faible perception	....	....	2	....	....	15	....	....	19	....	....	79	....	....	82	....	....	23	....	....	22	....	....	11	....	....	10	263
Vue suffisante pour se guider	....	....	....	....	....	16	....	....	15	....	....	121	....	....	142	....	....	33	....	....	27	....	....	36	....	....	20	410
Cas de folie—dans les institutions	....	....	....	....	....	....	....	....	2	....	....	....	....	....	9	....	....	1	....	....	2	....	....	2	....	....	1	17
Cas de folie—en dehors des institutions	....	....	1	....	....	4	....	....	3	....	....	4	....	....	24	....	....	7	....	....	5	....	....	7	....	....	2	57
Pension de vieillesse	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Loi des accidents du travail	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Allocations aux mères	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Soldats aveugles	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	1
Pension des aveugles	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Indiens inscrits—non compris dans l'analyse ci-haut	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	6	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	

*Hommes, 396; Femmes, 277.

APPENDICE B

L'INSTITUT NATIONAL CANADIEN DES AVEUGLES—CLASSIFICATION DES CAUSES DE CÉCITÉ, TOTAL DES CALSSIFIÉS: 6,455, JUIN 1943

	Hommes	Femmes	Total
Maladies contagieuses	627	466	1,093
Lésions traumatiques et chimiques	420	123	543
Empoisonnement toxique	34	2	36
Néoplasmes	35	32	67
Maladies non contagieuses de l'organisme	162	188	350
Congénitales et héréditaires	882	643	1,525
Etiologie non spécifiée	1,557	1,274	2,831
	3,717	2,728	6,445

MALADIES CONTAGIEUSES—

Diphtérie	1
Blennorragie, non compris l'ophthalmie des nouveaux-nés	4
Rougeole	18
Méningite	37
L'ophthalmie des nouveaux-nés—blennorragique	13
L'ophthalmie des nouveaux-nés—non spécifiée	119
Fièvres scarlatines	15
Septicémie	1
Petite vérole	7
Syphilis—congénitale	9
Syphilis—contractée	4
Syphilis—origine non spécifiée	257
Trachome	53
Tuberculose	27
Typhoïde	3
Autres maladies contagieuses spécifiées	19
Maladies contagieuses non spécifiées	506
	1,093

LÉSIONS TRAUMATIQUES ET CHIMIQUES—

Guerre	24
Armes à feu	6
Explosifs, spécifiés	66
Explosifs, non spécifiés	12
Jeux ou sports	22
Accidents de la rue et de circulation	2
Traumatisme chirurgical	12
Lésions de naissance	4
Lésions industrielles spécifiées	3
Lésions industrielles non spécifiées	—
Lésions non industrielles spécifiées	4
Lésions non industrielles non spécifiées	8
Lésions spécifiées	242
Lésions non spécifiées	138
	543

EMPOISONNEMENT TOXIQUE—	
Tabac	2
Alcool éthylique	5
Alcool méthylique	22
Autres poisons spécifiés	6
Autres poisons non spécifiés	1
NÉOPLASMES—	
Cerveau	55
Autres	12
MALADIES NON CONTAGIEUSES DE L'ORGANISME—	
Anémie	3
Diabète	93
Néphrite	36
Vasculaires	197
Maladies du système nerveux central non contagieuses	10
Maladies de grossesse et d'accouchement	—
Autres maladies de l'organisme spécifiées	8
Autres maladies de l'organisme non spécifiées	3
CONGÉNITALES ET HÉRÉDITAIRES—	
Congénitales (comprenant toutes les cararactes congénitales, myopie, etc)	1,256
Héréditaires et de famille (surtout rétinites pigmentaires)	269
	1,525
ÉTIOLOGIE NON SPÉCIFIÉE—	
Inconnues de la science (y compris tous les glaucomes, les pemphigus, etc.)	730
Non déterminées par le médecin (y compris 942 cas de cataracte sénile)	2,101
	2,831

APPEDICE C

(Texte)

MÉMOIRE SOUMIS PAR LA CONFÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS CATHOLIQUES DU CANADA AU COMITÉ DE LA CHAMBRE DES COMMUNES, À OTTAWA, CHARGÉ DE L'ÉTUDE DE L'ASSURANCE-MALADIE ET AUTRES MATIÈRES CONNEXES, LE 15 JUIN 1943.

La Confédération des travailleurs catholiques du Canada, inc.,
Siège social: 19, rue Caron, Québec, P.Q.
Bureaux de Montréal: 1231, Demontigny Est, Montréal, P.Q.
Bureau d'Ottawa: 168, Dalhousie, Ottawa, Ont.

Monsieur le président,
Messieurs les membres du Comité,

Le ministère des Pensions et de la Santé nationale a élaboré, en février dernier, un avant-projet de loi relatif à l'établissement d'un système national d'assurance-maladie contributoire. Cet avant-projet de loi est actuellement devant votre Comité.

La C.T.C.C. ne projette pas d'analyser en détail l'avant-projet de loi du ministère des Pensions et de la Santé nationale. Il contient d'excellentes suggestions, mais il ne nous paraît pas donner la protection nécessaire à la famille, et il s'annonce particulièrement onéreux pour les familles nombreuses.

Notre organisation croit à propos, dans le présent mémoire, d'attirer l'attention sur quelques idées générales qui feront comprendre son point de vue.

Les assurances sociales (y compris l'assurance-maladie) font partie des programmes de sécurité sociale qui ont été lancés dans le public en ces dernières années. Au Canada, l'application de tout système d'assurance sociales présente, à certains égards, des difficultés constitutionnelles et des difficultés d'ordre pratique. Mais ces difficultés, évidemment, peuvent être aplanies.

Il semble bien que tout projet de loi d'assurance-maladie contributoire doive s'appuyer sur l'une ou l'autre des cinq formules suivantes:

1. Juridiction exclusive du gouvernement fédéral, comme dans le cas de l'assurance-chômage, ce qui nécessiterait un nouvel amendement à la Loi de l'Amérique du Nord britannique;
2. Juridiction concurrente du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux, tout en laissant l'initiative principale de la loi au gouvernement fédéral, comme dans le cas de la Loi des pensions aux vieillards. C'est cette formule que suggère, dans l'ensemble, l'avant-projet du ministère des Pensions et de la Santé nationale.
3. Juridiction concurrente du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux, tout en laissant l'initiative principale de la législation aux gouvernements provinciaux.
4. Juridiction exclusive du gouvernement fédéral, d'une part, et des gouvernements provinciaux, d'autre part, chacun dans sa sphère, en tenant compte de normes à peu près identiques et en en faisant des applications appropriées, comme dans le cas des lois relatives à la réparation des accidents du travail.
5. Juridiction provinciale exclusive, chaque province agissant à la guise, sans plan d'ensemble, comme, par exemple, dans le cas des lois de salaires minima.

L'expérience de l'assurance-chômage n'a pas donné satisfaction à la C.T.C.C. On poursuit, à l'heure actuelle, le sabotage de la Commission d'assurance-chômage; le nombre des fonctionnaires de l'assurance (au sens de la loi) n'est pas suffisant; et on ne paraît pas songer à augmenter les prestations en faveur des familles nombreuses, en dépit des millions de dollars accumulés dans la caisse de l'assurance-chômage à Ottawa.

La C.T.C.C. écarte donc la première formule, pour ce qui a trait à l'assurance-maladie, et reste en défiance devant la deuxième et la troisième formules ci-dessus mentionnées, vu que l'intervention d'Ottawa dans le domaine des assurances sociales ne paraît pas devoir donner des résultats satisfaisants.

La C.T.C.C. se rend compte que la cinquième formule pourrait difficilement trouver une application raisonnable tant du point de vue économique que du point de vue social, en rapport avec l'établissement d'un système d'assurance-maladie contributoire.

Mais la quatrième formule pourrait être, à notre avis, mise à l'essai. Et si tous les intéressés y apportent une coopération sincère, la C.T.C.C. est convaincue que cette procédure serait couronnée de succès.

Dans ce dernier cas, pour élaborer un système satisfaisant d'assurance-maladie contributoire, la C.T.C.C. suggère que le gouvernement fédéral et les divers gouvernements provinciaux nomment chacun une commission d'assurance-maladie pour étudier, préparer et mettre au point un projet de loi d'assurance-maladie contributoire, centré sur la famille, de réalisation facile tant au point de vue économique qu'au point de vue social, et dont l'application pourrait se faire sans accroc à la constitution canadienne.

Respectueusement soumis,

LA CONFÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS CATHOLIQUES DU CANADA, INC.

Le 15 juin 1943.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule nº 24

SÉANCE DU MARDI 22 JUIN 1943

TÉMOINS:

M. M. L. Cole, Toronto, Ont., représentant des Pédicures.
M. Robert Smith, Hamilton, Ont., représentant des Pédicures.
M. D. D. Bruce, Toronto, Ont., représentant des Pédicures.
M. N. D. Foote, Toronto, Ont., représentant des Pédicures.
M. Kaufman, Montréal, P.Q.
Le docteur D. S. Louis, représentant la *Canadian Medical Association.*
Le docteur A. E. Archer, président du *Canadian Medical Council.*

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 22 juin 1943.

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, Bruce, Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Cleaver, Côté, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Gregory, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Lalonde, Leclerc, MacInnis, MacKinnon (*Kootenay-est*), MacMillan, McCann, McGarry, McIlraith, Mayhew, Picard, Veniot et Warren—26.

M. M. L. Cole, de Toronto, représentant des Pédicures du Dominion, est appelé. Il présente les personnes suivantes venues à titre de délégués de cette association:

M. Robert Smith, Hamilton, Ont.
M. J. C. Shorter, Toronto, Ont.
M. D. D. Bruce, Toronto, Ont.
M. N. D. Foote, Toronto, Ont.
M. Kaufman, Montréal, P.Q.

Après avoir présenté un mémoire, M. Cole est interrogé, de même que MM. Smith, Bruce, Foote et Kaufman. L'interrogatoire terminé, les témoins se retirent.

Le président remercie les témoins de leur déposition.

Le docteur D. S. Louis, représentant de la *Canadian Medical Association*, est appelé. Il déclare que l'Association désire faire de nouvelles représentations relativement à l'avant-projet de loi d'assurance-maladie, et qu'elle a chargé le docteur Archer de les formuler.

Le docteur A. E. Archer, président du *Canadian Medical Council*, est appelé. Après présentation de son mémoire, il est interrogé et se retire.

Est aussi présent le docteur Harvey Agnew, cosecrétaire du *Canadian Medical Council*.

Le président remercie les témoins et le Comité s'ajourne à midi et 30 pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 22 juin 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Mesdames et messieurs, nous avons parmi nous, ce matin, des représentants du *Dominion Council of Chiropodists*, et je prierai M. M. L. Cole, de Toronto, de bien vouloir présenter ses collègues.

M. M. L. COLE est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, madame Casselman, messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter mes collègues: MM. Robert Smith, J. C. Shorter, D. D. Bruce, N. D. Foote et I. W. Kaufman.

Si j'étais dans les provinces de l'Ouest du Canada ou aux Etats-Unis, en m'adressant à ces messieurs, je dirais "docteur", mais dans la province d'Ontario, c'est un peu différent. On me permettra de donner la liste des associations que nous représentons: The Maritime Federation of Chiropodists; The Quebec Association of Chiropodists; The Ontario Association of Chiropodists; The Ontario Academy of Chiropodists; The Manitoba Association of Chiropodists; The Saskatchewan Association of Chiropodists; The British Columbia Association of Chiropodists; et The Canadian Council for Chiropodists.

Les chirurgiens pédicures du Canada désirent remercier le Comité spécial de la sécurité sociale de leur offrir l'occasion de présenter ce mémoire. Il est de bon augure pour un plan d'ensemble d'assurance-maladie destiné à la population du Canada, de donner ainsi à des représentants des divers arts médicaux l'occasion de se faire entendre, et à toutes les branches de la médecine celle de servir. Nous sommes parfaitement d'accord avec les idées contenues dans le projet de sécurité sociale nationale, mais nous trouvons que la chirurgie pédicure, en tant que branche de la médecine, devrait être mentionnée spécifiquement. Pour permettre aux membres du Comité de se mieux renseigner sur la chirurgie pédicure et son domaine, nous soumettons respectueusement les détails suivants:

La définition suivante exprime l'intention des diverses lois sur la chirurgie pédicure aux Etats-Unis et au Canada:

La chirurgie pédicure peut être définie comme suit: le traitement médical, mécanique, chirurgical et électrique des maux du pied, comprenant le massage, mais non pas le droit d'amputer soit le pied, soit un ou plusieurs orteils, ni de se servir d'anesthésiques autres que ceux que l'on emploie pour l'anesthésie locale, ni de faire usage de médicaments, sauf les antiseptiques pour application locale.

Le statut de la chirurgie pédicure est décrit par l'Association médicale des Etats-Unis et figure dans le rapport d'une assemblée annuelle, publié dans *The Journal of the American Medical Association* du 8 avril 1931, dont le passage qui suit est extrait:

> ...et est d'avis que la pratique de la chirurgie pédicure, n'est pas une pratique de culte... La chirurgie pédicure est plutôt une pratique auxiliaire—la servante—de la pratique de la médecine dans un domaine limité que l'on considère comme trop peu important pour nécessiter les soins du médecin et par conséquent que l'on néglige.

L'opinion générale, semble-t-il, est que la chirurgie pédicure comble assez bien un vide laissé par la profession médicale. Il existe un grand nombre de collèges réputés de médecine où l'on enseigne cette branche de l'art de guérir à des étudiants qui deviennent plus tard des pédicures, et le Conseil ne voit aucune raison pour déclarer qu'un tel enseignement de la part de membres de ce corps est contraire à l'éthique, pourvu que les écoles où ils enseignent soient affiliées à des écoles de médecine approuvées, et que l'admission exige l'instruction nécessaire pour les études de médecine.

Un mois plus tard la résolution suivante de l'*American Medical Association* était ainsi consignée dans le *Journal* de mai 1939:

La chirurgie pédicure n'est pas une pratique de culte, mais plutôt une pratique subordonnée à celle de la médecine comme le sont l'art dentaire, la pharmacie et les services de gardes-malades.

Etudes secondaires

Tous les collèges de chirurgie pédicure de la classe "A" exigent comme conditions d'admission un diplôme de "junior matriculation".

Etudes professionnelles

Voici le programme d'études du *Chicago College of Chiropody and Pedic Surgery* pour 1942. Ce programme, qui est celui des collèges de chirurgie pédicure de la classe "A", comprend les sujets ci-après:

	Nombre d'heures
Anatomie, y compris l'histologie, l'embriologie et la dissection anatomique	528
Sciences fondamentales, physiologie	252
Chimie	252
Bactériologie, y compris la biologie, la bactériologie générale (laboratoire), l'hygiène et le système sanitaire	216
Pathologie	144
Chirurgie pédicure, terminologie, histoire et chirurgie pédicure didactique générale	216
Chirurgie pédicure clinique, comprenant la chirurgie, l'art de poser les emplâtres, les bandages, les appareils de protection ou de soutien, et les chaussures correctives	1,710
Chirurgie, chirurgie didactique, chirurgie orthopédique générale, chirurgie pédicure et observation à l'hôpital de tous les genres de cas de chirurgie générale	270
Médecine, méthode d'enregistrement de l'historique du cas, diagnostic, médecine générale, médecine didactique, neurologie, psychologie, psychiatrie, dermatologie, syphilologie, roentgénologie, premiers soins et traitement de cas urgents	306
Pharmacologie et thérapeuthique, méthode de rédaction des ordonnances, matière médicale, traitements physiques et physiothérapiques	252
Mécanothérapie didactique et clinique, chaussures orthopédiques, appareils plâtrés, appareils correctifs, didactique et clinique, massage et manipulation, didactique et clinique, mécanothérapie	288
Etudes culturelles, administration professionnelle, morale et jurisprudence, histoire de la médecine et de la chirurgie pédicure, et cours spéciaux	104
soit en tout	4,538

réparties en quatre années scolaires de neuf mois chacune.

Ne sont reçus que les élèves qui obtiennent constamment 75 p. 100 de leurs notes. Lorsqu'il est gradué, l'élève reçoit le diplôme de "Doctor of Surgical Chiropody" (D.S.C.) (docteur en chirurgie pédicure) ou de "Doctor of Podiatry" (D.P.).

Corps enseignant

Les directeurs des cours de sciences fondamentales sont des médecins. Les laboratoires de chimie et de bactériologie sont généralement sous la direction de bacheliers ès-sciences. Des diplômés en chirurgie pédicure dirigent les autres cours.

Collèges de chirurgie pédicure de la classe "A"—Aux Etats-Unis

Chicago College of Chiropody & Pedic Surgery, Chicago, Ill.
Illinois College of Chiropody, Chicago, Ill.
Temple University, Philadelphia, Pa.
Ohio College of Chiropody, Cleveland, Ohio.
First Institute of Podiatry (Long Island University), New York City.
California College of Chiropody, San-Francisco, Cal.

En lisant le programme d'études de notre cours professionnel, on remarquera que les chirurgiens pédicures étudient l'anatomie et la physiologie de tout le corps. Nous étudions aussi beaucoup de matière médicale générale. Notre pratique cependant se limite au traitement des pieds tout comme l'art dentaire se borne à soigner les dents.

Mais, grâce à notre formation, nous pouvons souvent reconnaître, par la condition des pieds, une maladie affectant tout le corps. Par exemple, nous remarquons souvent de l'œdème particulièrement dans la région des malléoles (chevilles). Dans pareilles circonstances, après avoir noté l'historique du cas, nous nous rendons compte que la condition n'est pas locale et nous pouvons soupçonner un mauvais état du cœur ou des reins. Ce malade est alors envoyé à un médecin pour être traité.

Quelquefois nous voyons un malade ayant ce qu'il croit n'être qu'une simple callosité sur la face plantaire du pied, mais qui peut être un ulcère perforant causé par la syphilis, ou bien nous voyons un cor sous lequel nous trouvons un tendon très difficile à guérir dont la cause est le diabète "mellitus". En pareils cas, de nouveau nous recommandons au malade de s'adresser au médecin afin que les traitements nécessaires puissent être commencés immédiatement, et en tout cas, certainement plus tôt qu'ils ne l'auraient été si le chirurgien pédicure n'avait pas découvert l'état du malade.

Nous pouvons ajouter que dans cette maladie particulière, appelée "diabète mellitus" qui, selon certaines personnes, est uniquement du ressort du médecin, le chirurgien pédicure, quand on lui en offre l'occasion, rend des services inestimables. Il y a actuellement, dans les hôpitaux des Etats-Unis, quarante-trois cliniques de chirurgie pédicure où les pieds des diabétiques reçoivent régulièrement les soins des pédicures. Des médecins comme les docteurs Joslin, McKitterick, Wilder, et autres, attribuent en grande partie à ce service le mérite d'abaisser le pourcentage de leurs cas de gangrène diabétique.

Dans sa Loi de la Structure et des Fonctions, Wolff déclare: "Tout changement dans la forme et la position des os ou dans leur fonction est suivi de certains changements déterminés de leur architecture interne et d'une altération également secondaire de la conformation externe, suivant les lois mathématiques."

D'après cela, si le pied ne fonctionne pas comme il faut, le corps peut manquer d'équilibre. Par conséquent, il semblerait évident qu'un pied dont la structure endommagée entraîne une distribution inégale du poids, compromet l'état général de la santé. Par son seul travail correctif, le pédicure aide beaucoup à maintenir la population de l'endroit en bonne santé. L'aide la plus efficace apportée par le chirurgien pédicure, à la santé en général, est peut-être

dans le domaine de la mécanothérapie. Les relevés individuels des praticiens démontrent que 80 p. 100 des femmes ayant besoin de traitements aux pieds souffrent de troubles du métatarse à des degrés divers. Le chirurgien pédicure est parfaitement préparé à traiter ces conditions et connaît très bien leur rapport à la santé de l'individu. Nous remarquons que l'on emploie encore, professionnellement, plusieurs types d'appareils correctifs en métal. En général, la plupart des chirurgiens pédicures ont cessé de s'en servir. Dans les cas exigeant des appareils de ce genre, la méthode corrective adoptée depuis plusieurs années a été de permettre au pied, autant que possible, de conserver cette souplesse de fonctionnement reçue de la nature. Pour cela, on fait un moulage précis du pied, en plâtre, en cire ou en paraffine, selon la correction requise et le degré de précision exigé. Ces moulages servent à fabriquer des appareils de cuir, de caoutchouc, de composés de caoutchouc, de substances plastiques employés pour la correction des affections telles que pied plat, pied creux, exostose du calcanéum seul ou joint à l'orteil en marteau, l'affaissement du métatarse et la flexion dorsale.

Bien des cas de poliomyélite antérieure ayant subi le traitement complet donné par le médecin, sont renvoyés au pédicure pour traitement local supplémentaire destiné à améliorer la locomotion, la distribution du poids et à soulager la douleur des points de pression. De même les cas congénitaux de pied équin, pied plat varus et valgus, sont traités de façon semblable.

C'est un fait notoire que lorsqu'une personne souffre des pieds, elle se présente chez le pédicure où elle sera soulagée s'il est constaté que le soin de son état est du ressort de ce praticien. Nous constatons que la plupart de ceux qui se font examiner souffrent d'une affection localisée. Lorsque l'on s'aperçoit que la cause de leur gêne est ailleurs que dans le pied, on les renvoie à un médecin ou à un spécialiste.

Telles qu'elles sont maintenant rédigées, les clauses de la loi proposée sont à l'effet que les personnes souffrant de ce genre d'affections doivent d'abord se faire examiner par le médecin puis être renvoyées au pédicure, car le médecin ne soigne pas généralement ces maux. Il semblerait donc que les milliers de personnes qui comptent actuellement sur le pédicure pour le soin de ces affections des pieds doivent tout d'abord voir un médecin si elles veulent vraiment bénéficier des avantages de la Loi d'assurance-maladie à laquelle elles contribuent. Ceci ajoutera au fardeau d'une profession déjà surchargée de besogne. Ce surcroît de travail des médecins a été signalé dans un mémoire présenté par la Fédération canadienne de l'agriculture et consigné au compte rendu des séances du Comité, fascicule n° 19, la page....

Avec l'exclusion des pédicures, il est possible que la population du Canada soit tenue de contribuer au fonds tout en étant réduite à s'adresser à un médecin pour les soins du pied, soins tout aussi essentiels à la santé et au bien-être que ceux qu'exige n'importe quelle autre affection. Si les malades veulent consulter un pédicure, ils devront le faire à leurs propres frais et sans que le fonds qu'ils ont aidé à créer ne leur vienne en aide.

Depuis vingt-cinq ans la chirurgie pédicure a fait de très grands progrès. Au début, un cours de deux ou trois ans semblait suffire pour couvrir toute la matière. Mais il est devenu évident que pour nous tenir au courant des développements de la médecine générale et des connaissances scientifiques, ainsi que du travail de clinique particulier à notre propre domaine, il faudrait prolonger ces études. De la sorte, tous les collèges reconnus donnent un cours de quatre ans comprenant non moins de 4,500 heures, et il est possible que ce cours soit encore plus long dans un avenir prochain.

Nous alléguons que le pédicure qui a reçu une telle formation et qui se spécialise dans une petite partie de la médecine, est mieux préparé que tout autre à rendre ces services.

L'on estime que les pédicures du Canada, en 1942, ont soigné au minimum environ trois quarts de million de malades. Ceci justifierait la déclaration ci-dessus de l'*American Medical Journal*: "La chirurgie pédicure comble assez bien un vide laissé par la profession médicale, en ce qui concerne les soins médicaux."

Nous voudrions attirer l'attention de ce Comité sur le fait que le gouvernement reconnaît que l'armée a besoin de pédicures. Il est censé y avoir maintenant un pédicure dans chaque hôpital militaire de 200 lits ou plus. Nous sera-t-il permis de proposer, si nos services sont nécessaires aux forces armées, que des mesures soient prises pour que nous soyons inclus dans les projets concernant l'assurance-maladie semblables à celui que ce Comité étudie en ce moment?

Nous croyons que nous aurions pu donner bien d'autres renseignements sur notre profession. Cependant, nous nous sommes imposé une limite, afin d'être brefs, les faits soumis suffisant à prouver, à notre avis, que nul projet de sécurité nationale ne saurait être complet sans nous.

Nous recommandons donc respectueusement que le paragraphe 2 de l'article 27, qui énumère les prestations prévues par le plan, fasse une mention spécifique de la chirurgie pédicure.

J'ai ici trois documents qui m'ont été envoyés par la *Saskatchewan Association of Chiropodists* et que nous aimerions voir consigner au compte rendu.

Le PRÉSIDENT: Ils seront déposés dans les dossiers du Comité. Les membres du Comité désirent-ils interroger M. Cole?

M. McCann:

D. Puis-je demander premièrement, combien vos différents organismes comptent de membres au Canada, et deuxièmement, s'il y a un collège au Canada; et si tous ceux qui pratiquent cet art au Canada sont des diplômés d'écoles américaines?—R. Notre association compte 150 membres au Canada. En réponse à votre seconde question, je dois vous dire qu'il n'y a pas d'école au Canada. Nous avons discuté cette question avec le doyen de l'Ecole de médecine de Toronto, il y a plusieurs années, et il a répondu après une enquête, qu'à son avis il n'y aurait pas assez d'étudiants à ce moment-là pour justifier l'enseignement de cette matière, et il a réservé la question à plus tard lorsqu'il serait peut-être possible de faire quelque chose. Il y a les écoles américaines et les écoles anglaises.

D. Je remarque à la première page de votre mémoire, la déclaration suivante: "Un mois plus tard, la résolution suivante de l'*American Medical Association* était ainsi consignée dans le Journal de mai 1939: 'La chirurgie pédicure n'est pas une pratique de culte, mais plutôt une pratique subordonnée à celle de la médecine et comme le sont l'art dentaire, la pharmacie, et les services de garde-malade.' "

Vous aurez remarqué, j'en suis certain, que la Loi permet de faire usage des services auxiliaires. Vous contentez-vous de la définition de l'*American Medical Association* à l'effet que la place accordée à la chirurgie pédicure serait celle d'un service auxiliaire? De plus, vu qu'il n'y a en ce moment que 150 pédicures pratiquant dans tout le Canada, je suis persuadé que celui qui a présenté le mémoire sait parfaitement bien ceci: si toute la population du Canada était libre de choisir un pédicure au lieu de lui être adressée par les membres d'une profession comptant 11,000 ou 12,000 membres, le pédicure serait surchargé de travail, et comme le dit le mémoire, un grand nombre de cas devraient être renvoyés à la profession médicale. J'avoue, monsieur le président, que je trouve ce mémoire excellent, et extrêmement modéré quant aux demandes, et je suis sûr que le Comité l'étudiera attentivement.—R. Monsieur le président, puis-je prier M. Robert Smith de répondre à la question posée par M. McCann?

M. SMITH: La profession de pédicure au Canada s'est vue entravée par les différents obstacles suscités par les diverses provinces. Les Etats-Unis ont une

population plus considérable, c'est entendu, mais il y existe, et depuis longtemps, des collèges qui ont produit un grand nombre de pédicures, et nous constatons que la population a été automatiquement attirée vers ces praticiens qualifiés.

Nous observons que 80 p. 100 de toutes les femmes qui s'adressent à nous, souffrent d'une seule et même condition: une affection du métatarse, et l'on pourrait dire, au bas mot, que 90 p. 100 de toute la population du Canada, souffre des pieds d'une façon ou d'une autre à 50 ans. Evidemment, il est impossible que 150 pédicures traitent toutes ces personnes, mais 150 peuvent aider beaucoup, et si la chirurgie pédicure est reconnue, il y aura une augmentation évidente du nombre des hommes et des femmes qui s'occuperont de ces cas. Malheureusement, à l'heure actuelle, nous ne pouvons pas appeler l'attention du public sur la chirurgie pédicure, à cause de ces divers empêchements.

Nous proposons d'améliorer la situation de la chirurgie pédicure au Canada. C'est le désir de toutes les associations de s'efforcer, autant qu'elles en sont capables, d'élever le niveau de l'enseignement donné aux élèves et des connaissances exigées pour le diplôme, et de continuer à perfectionner les méthodes. Nous avons des associations et des académies pour le perfectionnement des procédés techniques, afin de les rendre plus expéditif, et en même temps de rendre notre travail plus efficace.

En réalité, notre but serait le suivant: nous voulons essayer de servir autant de monde que possible en ce moment. Nous savons que dans vingt ans la chirurgie pédicure aura subi bien des changements; il y aura un plus grand nombre de pédicures et plus de malades à soigner. Nos 150 membres font tout ce qu'ils peuvent actuellement, et nous traitons environ un quart de million...

M. McCann: Le chiffre donné était de 750,000.

M. Smith: Pardon, j'aurais dû dire trois quarts de million.

M. McCann: Ce qui ferait un pédicure pour environ 8,000 clients.

M. Smith: Oui. Si vous veniez vous-même à mon bureau, je suis persuadé que vous seriez étonné de la façon dont nous accomplissons notre travail, de la façon dont nous essayons d'accommoder le plus grand nombre possible des personnes qui cherchent soulagement. Nous croyons que la chirurgie pédicure doit progresser et si la chirurgie pédicure est incorporée dans la Loi nationale d'assurance-maladie, le statut de la profession en tant qu'entité s'en trouvera amélioré; cela aidera aussi les gens à apprécier la valeur de la chirurgie pédicure.

Malheureusement, à cause des conditions actuelles, il y a—je parle de la province d'Ontario où je pratique—beaucoup de personnes non qualifiées. C'est là une des conditions auxquelles notre profession s'efforce de remédier afin de protéger les gens contre les personnes non qualifiées. Nous ne demandons rien pour ces personnes, mais nous demandons que les hommes qualifiés ayant reçu la formation mentionnée plus haut, soient reconnus. J'espère que cela répond à votre question.

M. McCann: Quel est le niveau requis en Ontario? Quelles sont les restrictions? Quelle est la loi qui vous régit en Ontario? Devez-vous passer un examen devant un conseil de régisseurs, et dans ce cas, ce conseil de régisseurs se compose-t-il de membres de votre propre profession? Comment procède-t-on?

Le Témoin: Il y a vingt-cinq ans, il n'y avait ni règle ni règlement pour la chirurgie pédicure. A cette époque il fut décidé de former ce qui s'appelle le Conseil des régisseurs dont le but serait de donner des permis et de vérifier les titres de toutes les personnes désireuses d'avoir le degré de docteur en médecine. On nous a demandé de nous soumettre à ce Conseil, comme les autres, parce que c'était là la meilleure protection que pût donner une loi locale—c'est-à-dire que les personnes pratiquant la chirurgie pédicure devaient être diplômées d'une école reconnue et devaient passer les examens établis par le Conseil. Depuis, lorsque le Conseil peut obtenir des preuves suffisantes contre toute personne non qualifiée, des poursuites sont intentées et nous avons obtenu une condamnation dans chaque cas.

M. LALONDE: Votre profession a-t-elle un statut légal dans la province de Québec?

M. KAUFMAN: Monsieur le président, mesdames et messieurs, il n'y a aucune loi régissant actuellement la pratique de la chirurgie pédicure dans la province de Québec, mais on a laissé entendre à notre association qu'il existe une entente tacite entre le Collège des médecins et des chirurgiens de la province de Québec et nous-mêmes, stipulant qu'aussi longtemps que nous agirons comme chirurgiens pédicures—en d'autres mots, que nous pratiquerons la chirurgie pédicure sans essayer le moindrement d'empiéter sur la pratique médicale—nous serons tolérés, et c'est exactement ce qui se passe aujourd'hui; nous avons la permission de pratiquer.

M. LALONDE: Combien y a-t-il de praticiens dans la province de Québec?

M. KAUFMAN: Trente-cinq ou quarante approximativement.

M. MACINNIS: Avez-vous eu des conflits de juridiction?

M. KAUFMAN: Non, monsieur, pas depuis l'établissement de notre association il y a sept ans.

Le PRÉSIDENT: Il y a un point que je ne saisis pas très bien. A la page 1 de votre mémoire, quatrième alinéa, vous citez un rapport d'une assemblée annuelle de l'*American Medical Association*, publié dans le journal de cette association le 8 avril 1939, dont le passage suivant est extrait: "La chirurgie pédicure est plutôt une pratique auxiliaire—la servante—de la pratique de la médecine dans un domaine limité que l'on considère comme trop peu important pour nécessiter les soins du médecin et par conséquent que l'on néglige trop souvent." Est-ce à dire que le malade consulte d'abord le médecin qui, à son tour, renvoie le cas au pédicure?

Le TÉMOIN: Non, monsieur, aux Etats-Unis, il n'en est pas ainsi, généralement. Je crois pouvoir dire sans hésiter que dans chaque état il existe une loi permettant aux pédicures de pratiquer comme les dentistes ou les médecins.

Le PRÉSIDENT: Comme service auxiliaire; c'est ce qui semblerait sous-entendu, n'est-ce pas?

Le TÉMOIN: Un service auxiliaire, si la question est du domaine propre de leur pratique.

Le PRÉSIDENT: D'après votre propre expérience, pourriez-vous évaluer, afin de renseigner le Comité, le pourcentage de malades qui consultent directement le pédicure par comparaison avec celui des malades qui consultent d'abord le médecin?

Le TÉMOIN: La grande majorité. Tous les jours ou plusieurs fois par semaine, je reçois des malades qui me sont envoyés par des médecins; mais la majorité viennent directement chez nous. Si nous trouvons qu'il ne s'agit pas de soins locaux, nous les envoyons chez un médecin, mais les gens s'adressent d'abord à nous s'ils ont mal aux pieds.

Le PRÉSIDENT: Et votre faible objection au projet est la cause exigeant que le malade s'adresse d'abord à un médecin?

Le TÉMOIN: Oui. Nous considérons que c'est un travail énorme pour le médecin.

Le PRÉSIDENT: A part cela, vous appuyez le projet?

Le TÉMOIN: En entier.

M. HOWDEN: Les pédicures ont-ils l'habitude de soigner les difformités congénitales?

Le TÉMOIN: Je prierais M. Bruce de répondre à cette question.

M. BRUCE: Quand il s'agit d'une difformité ou d'une infirmité congénitales, si, par exemple, nous trouvons une personne ayant un pied plus court que l'autre, où il y a une difformité de naissance, qui est congénitale parce qu'il arrive souvent qu'elle se produise au moment de la naissance, nous essaierons quelquefois, par nos appareils, nos massages ou nos manipulations, de corriger cette condition dans la mesure du possible.

M. HOWDEN: Voulez-vous dire dans le cas de bébés?

M. BRUCE: Nous recevons des bébés. Personnellement, je n'en ai jamais traité. On s'adresse généralement au chirurgien orthopédiste pour cela.

M. HOWDEN: C'est ce que je me demandais.

M. BRUCE: Lorsque vous parlez des infirmités congénitales du pied, il y en a tellement, qu'il faut être plus précis. Nous en traitons en effet quelques-unes. De cette façon nous sommes très utiles par nos massages, nos manipulations et nos appareils.

M. HOWDEN: Bien des affections des pieds résultent de l'habitude de se mal chausser—chaussures défectueuses et talons hauts—et ce n'est pas un accident de naissance.

M. BRUCE: C'est acquis, naturellement. Bien entendu, nous soignons les infirmités acquises tout le temps, c'est là notre principale pratique. Nous pouvons parfois traiter des infirmités congénitales.

M. FULFORD: Soignez-vous les oignons lorsqu'il s'agit de cas graves?

M. BRUCE: Voici une question à laquelle je puis bien répondre. En ce qui concerne l'oignon, lorsqu'il s'agit de cas graves, naturellement, nous nous rendons compte de l'état de callosité et nous ne faisons pas, ici au Canada, beaucoup de chirurgie orthopédique. J'ai été diplômé il y a un an aux Etats-Unis, et à Chicago nous traitons effectivement cette condition; nous ouvrons le pied et nous enlevons la partie de l'os où se trouve l'excroissance, après quoi nous redressons l'orteil au moyen d'une éclisse. Cependant, au Canada, et dans ma propre pratique, je puis dire que lorsque se présente un malade qui éprouve une véritable douleur dans cette région, dans la plupart des cas nous soulageons la douleur, mais nous n'enlevons pas l'oignon, et nous renvoyons le malade au chirurgien orthopédiste pour que celui-ci s'en occupe.

M. CÔTÉ: Votre traitement comprend-il la prescription de chaussures d'un genre spécial? Avez-vous fait des arrangements au sujet de ces chaussures?

M. FOOTE: Quant à cela, parlant pour moi-même, en tant que pédicure exerçant plus ou moins l'orthopédie, je suis très difficile dans le choix des chaussures. Je traite rarement un malade au moyen d'appareils mécaniques, à moins qu'il ne se procure une autre chaussure. Je ne m'intéresse au traitement qu'à moins d'être raisonnablement certain que le résultat sera définitivement satisfaisant. Dans les cas de ce genre des chaussures spéciales sont prescrites. Lorsqu'il s'agit de maux locaux ordinaires, c'est au malade à décider s'il veut être à son aise et éviter à l'avenir les troubles du pied qui en découleront automatiquement, ou bien s'il préfère continuer à souffrir.

M. MCCANN: J'aimerais quelques renseignements quant à l'échelle des honoraires des pédicures.

Le TÉMOIN: Cela dépend, naturellement, des praticiens eux-mêmes et de la valeur qu'ils attachent à leurs services, jusqu'à un certain point; mais il y a un tarif minimum de $2 par personne pour chaque personne qui vient au bureau et ensuite tout dépend du traitement mécanique qui doit être donné. Cela varie. Je ne puis parler que pour moi-même, mais le prix sera généralement de $10 ou de $15 ou de $20 pour le traitement mécanique, selon la durée du traitement. Dans le cas d'un ongle incarné où il y a une légère irritation et peut-être une infection,

ou un petit cor ou quelque chose de ce genre, nous faisons un pansement antiseptique et le pédicure ne verra le malade qu'une, deux, ou trois fois; ma note, dans ce cas, serait de $5.

Le PRÉSIDENT: J'imagine, comme dans le cas des autres professions, que vous prenez en considération ce que le client peut payer?

Le TÉMOIN: Nous essayons, monsieur. Nous traitons pour rien les personnes qui n'ont pas les moyens de payer.

Le PRÉSIDENT: Dois-je comprendre, d'après votre mémoire, que vous travaillez en étroite collaboration avec les médecins?

Le TÉMOIN: Oui. Nous avons toujours aidé autant que possible. Si je puis m'exprimer ainsi en badinant, j'ai toujours trouvé que nous sommes les parents pauvres par rapport à la profession médicale, mais pour ce qui est d'une collaboration étroite, nous la donnons. Les médecins nous envoient des clients et nous leur en envoyons. Je dois dire que plusieurs fois par mois il m'arrive d'être appelé dans divers hôpitaux pour des personnes qui souffrent d'affections des ongles d'orteils ou de callosités et que je soigne.

Le PRÉSIDENT: Je désire, de la part du Comité, vous remercier, ainsi que vos collègues, d'être venus ici aujourd'hui nous présenter ce mémoire.

Maintenant, la *Canadian Medical Association* désire présenter un mémoire supplémentaire. Le docteur Sclater Lewis présentera le sujet.

M. FAUTEUX: Monsieur le président, je puis être un peu en retard pour mes remarques, car les témoins ne sont pas présents, mais malheureusement j'ai tardé à venir. Je crois qu'il est de mon devoir de protester contre certaine phrase du mémoire présenté par les pédicures. Après tout, je suis le seul membre de ce Comité qui soit dentiste, et je dois protester contre ces mots: "La chirurgie pédicure n'est pas une pratique de culte mais plutôt une pratique subordonnée à celle de la médecine, comme le sont l'art dentaire, la pharmacie et les services de garde-malade." J'ai pratiqué pendant plusieurs années...

Le PRÉSIDENT: Ce passage est cité d'un compte rendu dans le journal de l'*American Medical Association.*

M. FAUTEUX: Peu importe d'où vient cette citation, je tiens à protester. Après tout, l'on n'est pas dentiste simplement parce que l'on a suivi des cours à l'université pendant quatre ou cinq ans. Bien que j'aie beaucoup de respect pour la profession médicale, je ne veux pas voir ma profession comparée à celle de quelques autres personnes.

Le PRÉSIDENT: Docteur Lewis, vous avez la parole.

Le Dr SCLATER LEWIS (président élu de la *Canadian Medical Association*): Monsieur le président, madame Casselman et messieurs, je tiens à vous remercier de me donner l'occasion de venir ici ce matin. Dans le mémoire présenté par la *Canadian Medical Association* en avril, nous nous sommes occupés surtout des principes se rapportant à l'assurance-maladie. Depuis, nous avons eu l'occasion d'étudier les propositions du ministère pour l'assurance-maladie, et nous aimerions présenter aujourd'hui des observations supplémentaires touchant la mesure d'assurance-maladie. Si on me le permet, je prierai le docteur A. E. Archer, président de notre Comité d'assurance-maladie, de nous servir d'interprète en présentant nos observations et en répondant aux questions.

Le docteur A. E. ARCHER, président de la *Canadian Medical Association,* est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, madame Casselman et messieurs les membres du Comité de la sécurité sociale, nous n'avons pas l'intention, ce matin, d'entrer dans les détails des modifications que nous pouvons avoir à proposer à l'égard de ce projet de loi. Il y a, cependant, quatre ou cinq points que nous aimerions vous signaler.

1. La première annexe de cette loi prévoit l'octroi de subventions fédérales aux provinces pour des fins particulières. A notre avis, il conviendrait d'y insérer certains autres octrois.

Or, dans l'alinéa du mémoire que je vous ai présenté, je souligne les octrois fédéraux à insérer dans la première annexe. Je ne sais si vous connaissez tous les aspects de cette loi, mais l'annexe A contient une liste d'octrois spéciaux. Et comme cette liste nous paraît incomplète, nous proposons d'y apporter certaines additions.

(*a*) *Bourses*

Le vaste domaine de l'instruction médicale est si complexe maintenant que le médecin d'aujourd'hui, pour acquérir toutes les connaissances et la formation nécessaires, doit faire de longues études. En temps normal, au Canada, environ 550 médecins par an reçoivent leur diplôme. Pour répondre aux besoins de la guerre, il a fallu accélérer cette formation, en diplômant trois promotions au lieu de deux dans le même laps de temps. Cela s'est produit aux dépens de l'ancienne période des vacances, le temps consacré aux cours demeurant le même. Les autorités fédérales ont vite reconnu qu'en éliminant presque complètement cette période des vacances, habituellement employée par les étudiants pour gagner de l'argent, un grand nombre de ceux-ci s'en trouvaient financièrement désavantagés. On a surmonté la difficulté en enrôlant ces étudiants comme simples soldats pendant les vingt-quatre mois qui précèdent le moment où ils peuvent recevoir un brevet de médecin militaire. Pour ce qui est du temps de guerre, ce plan a très bien réussi.

Mais pour la période d'après guerre? A moins que le temps consacré aux études de médecins soit prolongé outre mesure, les périodes de vacances seront susceptibles d'être plus courtes. Ceci peut ne pas gêner les fils et les filles des gens aisés, mais pour quelques étudiants pleins d'avenir, ce sera certainement un obstacle insurmontable à moins qu'on ne trouve une solution.

Quelle est cette solution? A notre avis, c'est l'octroi de bourses ou de prêts. L'argent ainsi dépensé rapportera à l'état des dividendes dont on ne peut nier la valeur. Ces prêts pourraient être remboursés par des services rendus dans des régions où le besoin s'en fait sentir. Ces diplômés qui vont dans les régions peu habitées, à l'intérieur de notre pays, faisant ainsi un véritable sacrifice peut-être, pourraient peu à peu rembourser les prêts reçus, en rendant un service de ce genre. La solution du problème dans ses détails ne devrait guère présenter de difficultés.

J'aimerais signaler que cela s'est déjà fait dans certains pays, dont l'Australie, je crois.

Il est concevable que des bourses puissent attirer vers la profession médicale quelques-uns de ses plus brillants sujets qui, autrement, n'auraient pu servir le pays dans ce domaine si important.

(*b*) *Enrayement du cancer*

Le vendredi 7 mai, les représentants de la Division de la lutte contre le cancer, à la *Canadian Medical Association*, dans un mémoire au Comité, disaient ce qui suit:

> A l'heure actuelle il existe en notre pays au moins 50,000 cas de cancer, et environ 13,000 personnes meurent de cette maladie chaque année. Il est probable qu'un adulte sur dix mourra du cancer.

Le cancer vient aujourd'hui en deuxième place sur la liste des maladies mortelles, immédiatement après les maladies du cœur et des artères. La lutte contre le cancer doit être incessante et implacable jusqu'à ce qu'il soit maîtrisé. Plusieurs provinces ont pris des mesures afin de combattre le cancer, mais il faudra dépenser beaucoup plus d'argent pour cette lutte si l'on veut avoir un

certain succès et faire baisser le taux de mortalité. Par conséquent, nous recommandons fortement que les subventions fédérales octroyées aux provinces comprennent les moyens d'aider à la lutte contre le cancer.

(c) *Instruction postscolaire*

L'annexe prévoit, inter alia, un octroi pour la formation professionnelle. Les conditions de cet octroi devraient être assez libérales pour pourvoir à la formation de médecine dans toutes les branches de la profession, lorsque les autorités reconnaissent que cette formation aiderait à élever le niveau des services médicaux donnés à la population en général.

(d) *Recherches médicales*

Le Conseil national des recherches a déjà fait des représentations au Comité et recommandé des octrois pour les recherches médicales. La *Canadian Medical Association* désire appuyer sincèrement cette proposition.

Nous considérons que les recherches relèvent du domaine fédéral; que lorsque de nouveaux renseignements sont obtenus sur un sujet particulier, ils ont une valeur nationale, et par conséquent il convient que nous proposions que des octrois soient accordés pour un objet aussi important. Pendant la guerre des octrois fédéraux ont été accordés généreusement et selon les besoins, mais il n'en a pas toujours été ainsi en temps de paix, et nous désirons appuyer la proposition du comité médical du Conseil national de recherches recommandant cette mesure.

(e) *Médecine industrielle*

Nous avons été frappés des progrès accomplis dans le domaine de la médecine industrielle. Il faudrait beaucoup développer ce programme. Une étude plus approfondie des possibilités de prévention, découlant d'un tel programme, est tout indiquée. Indépendamment du fait que l'assiette définitive du coût repose ou non sur l'industrie, il semblerait désirable, tout au moins au début, qu'un octroi fédéral soit accordé pour donner de l'élan au développement du programme.

Le docteur Cunningham a fait allusion à ce programme lorsqu'il a comparu devant vous il y a quelques semaines.

J'aimerais maintenant attirer votre attention pendant quelques instants sur le quatrième article de l'avant-projet de loi fédéral, qui se lit comme suit:

> Les dispositions statutaires relatives à l'assurance-maladie doivent être conçues de manière à prévoir des prestations d'assurance-maladie—
>
> *a*) des types
> *b*) dans les conditions et
> *c*) pour les catégories de personnes
>
> que mentionne l'"Avant-projet de loi sur l'assurance-maladie" 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 agréer comme mesure pratique satisfaisante d'assurance-maladie pour la province.

L'article ci-dessus indique clairement que l'on accorde une très grande latitude, entre autres choses, aux "catégories de personnes" comprises dans le projet de loi qui pourrait "être accepté par le Gouverneur en Conseil comme une mesure satisfaisante et pratique pour la province". A notre avis, une telle latitude est légitime et en harmonie avec l'autonomie provinciale pourvu qu'elle ne constitue pas un point faible du plan. Notre point de vue, et en autant que je sache, celui de toutes les personnes qui ont étudié la question, et de tous les groupes qui ont comparu devant ce Comité, est qu'une assurance-maladie de ce genre doit garantir le meilleur service possible, et que ce service d'un haut

degré d'excellence doit être accessible, autant que possible, à travers tout le pays; de plus, le service doit être accessible à *toutes* les personnes dont le revenu est inférieur à celui (s'il en est) qui a pu être fixé par la loi, mais comprenant certainement ceux qui ne peuvent contribuer eux-mêmes. La clause telle qu'elle est rédigée semblerait avoir un sens si large que l'autorité fédérale aurait le pouvoir d'approuver une mesure provinciale qui n'inclurait pas ce groupe qui est incapable de contribuer. L'avant-projet de loi ainsi que le projet de loi type pour les provinces, devraient être conçus de façon à assurer que ces garanties sont incorporées dans le projet de loi.

Le Comité chargé de la préparation de ce projet de loi n'avait pas l'intention de donner à cet article un sens aussi large sous ce rapport.

3. Enseignement clinique

Il est extrêmement important que le niveau très élevé de l'instruction médicale donnée aujourd'hui, soit maintenu. Si on le laissait abréger ou se détériorer, la santé de la nation en souffrirait gravement à l'avenir. En effet, cela compromettrait sérieusement la formation d'un nombre suffisant de médecins vraiment instruits. Dans le projet d'assurance-maladie, il ne faut pas compromettre les avantages qui découlent des occasions fournies aux étudiants en médecine et aux infirmières-étudiantes de faire de l'observation clinique. Depuis de longues années il y a d'abondantes preuves que les malades dans nos hôpitaux affiliés aux écoles de médecine et où se donnent des cours, s'opposent rarement à la présence des professeurs de matières cliniques ou à celle des étudiants. Il faut bien comprendre que ces malades reçoivent les meilleurs soins médicaux et chirurgicaux et ne sont nullement l'objet d'expériences. On a dit devant ce Comité, que dans nos hôpitaux servant d'écoles, les malades ne doivent pas être soumis à l'observation clinique ou en être dispensés, selon qu'ils peuvent payer le prix d'une chambre particulière ou non. A notre avis, il n'y aurait aucun inconvénient à prescrire que tous les malades assurés en vertu de ce plan, qu'ils soient dans les salles publiques ou dans les chambres semi-privées, soient accessibles pour les leçons cliniques lorsque c'est utile. Nous recommandons donc que l'article 31 (1) (*i*), page 25, soit revisé en biffant les mots: "sauf celui décrit à l'alinéa *h*) du présent paragraphe".

Il deviendrait donc possible de voir à ce que les personnes assurées, dans les hôpitaux-écoles ou autres, fussent accessibles pour l'observation clinique, et cela selon les règles de l'hôpital même, les droits de l'individu étant ainsi protégés partout comme il convient.

Les leçons cliniques exigeant la coopération du malade n'offensent nullement la dignité de l'individu. En réalité, plus les étudiants en médecine voient de maladies, plus les variétés qu'ils observent sont nombreuses, plus ils sont compétents et mieux ils sont entraînés à reconnaître et à soigner les maladies lorsqu'ils deviennent praticiens.

Il y a une autre clause que je voudrais vous signaler et qui se rattache particulièrement à l'article précité; c'est une clause générale concernant les prestations hospitalières qui autorise la commission à prendre tout arrangement nécessaire avec les hôpitaux-écoles. Nous ne l'avons pas incluse dans la partie écrite de ce mémoire, mais nous aurions dû le faire. Nous désirons renforcer cette clause de façon que la commission ait le pouvoir de faire tout le nécessaire pour résoudre le problème dans n'importe quel hôpital-école. Monsieur le président, je crois que ce Comité se rendra compte de l'importance fondamentale de l'enseignement clinique; c'est le fondement de nos connaissances et il doit être maintenu. Les droits de l'individu doivent être maintenus et nous consentons et nous tenons à ce qu'il n'y ait pas de clause établissant des différences dans ce projet de loi; mais les droits et la nécessité de l'observation clinique, d'une observation clinique

adéquate, et les moyens d'enseigner, doivent être maintenus. Si la clause dont je parle n'a pas un sens assez large, il faut le lui donner afin qu'elle confère à la commission tout le pouvoir dont celle-ci pourrait avoir besoin dans n'importe quelle province.

4. Nomination des commissaires

Le paragraphe 4 de l'article 35 se lit comme suit:

> Les commissaires, sauf le président, en ce qui concerne le nombre que peut au besoin déterminer le lieutenant-gouverneur en conseil, sont nommés par ce dernier après consultation avec les organisations représentant les praticiens de la médecine et de l'art dentaire, les pharmaciens, les hôpitaux, les gardes-malades, les assurés, les travailleurs industriels, les patrons, les agriculteurs et les autres groupes ou catégories que le lieutenant-gouverneur en conseil peut à l'occasion prescrire par décret; toutefois, au moins un commissaire doit être nommé pour représenter chacune des professions et chacun des hôpitaux, groupes ou catégories susdits.

L'on voit que cet article stipule que le commissaire sera nommé "après consultation avec des organisations représentant les praticiens de la médecine" et ainsi de suite. Tout en admettant qu'un consultation de ce genre assurerait une certaine aide dans le choix des commissaires, il est assez concevable qu'un gouvernement provincial, après avoir rempli la formalité de la consultation, puisse nommer des commissaires entièrement autres que ceux qui avaient été choisis. Comme, à notre avis, il faut inférer de cette clause que l'on demandera conseil pour s'y conformer ensuite, il nous semble opportun de proposer que les mots "après consultation avec" soient biffés et remplacés par les mots: "à même les listes dressées par".

C'est un axiome de dire que le succès ou l'échec de l'assurance-maladie dans une province dépendra dans une grande mesure de l'administration. L'administration doit avoir la confiance et le respect du peuple. Autant que possible, la commission devrait avoir toute l'indépendance qu'on pourra lui obtenir.

J'aimerais dire ceci: depuis le commencement, de l'avis de ceux d'entre nous qui avons beaucoup réfléchi à cette question, il faudrait autant que possible que la commission pût fonctionner librement, sans être gênée par les résultats des vicissitudes des changements politiques. C'est là un point très important.

5. Structure financière

Si l'assurance-maladie devenait applicable à la grande majorité de notre population, l'on admettra qu'un tel changement atteindra profondément la profession médicale et toutes les autres qui, selon la loi, devront fournir des services. De plus, on peut assurer sans crainte d'être contredit que les membres de la profession médicale ont plus d'intérêts en jeu que les autres. L'assurance-maladie offre au public un projet où les fonds sont mis en commun afin de payer les soins médicaux. Cette loi offre à la profession médicale un changement complet en économie médicale. Les membres de cette profession, par conséquent, s'inquiètent de savoir, comme il en ont le droit, comment cette mesure les atteindra. Nous n'avons pas compétence pour dresser le plan de l'organisation financière, mais nous pouvons cependant dire que cette structure financière doit être solide afin que le manque de fonds ne soit pas une cause d'échec. Ce serait tragique, si, avant la fin d'une période financière, l'on découvrait qu'il n'y avait plus de fonds disponibles pour cette période et que les services reçus ne pourraient être payés. Ce serait aussi très grave, et nous en sommes certain, rien de tel n'est projeté dans le plan que l'on propose, si pendant une épidémie ou une période de maladie

extraordinaire, l'on s'apercevait que les fonds ne suffisaient plus. Il semblerait nécessaire de prévoir soit la constitution d'un fonds de réserve pour faire face à de telles contingences, soit une garantie du gouvernement qu'il y aura des fonds suffisants. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité de poursuivre les enquêtes les plus sérieuses touchant les problèmes financiers que comporte cette mesure. Nous croyons aussi que le fonds ne devrait pas faire partie du revenu consolidé de la province, mais devrait être complètement contrôlé par la Commission.

De plus, si la commission se trouvait dans l'heureuse position d'avoir des réserves, de temps en temps, celles-ci devraient être accumulées en prévision des jours où le coût des maladies serait très élevé, comme cela pourrait arriver, nous le savons, si nous avions au pays une épidémie comme celle de la grippe espagnole d'il y a quelque années.

Le dernier point signalé concerne le problème dont nous entendons beaucoup parler par ceux qui portent l'uniforme.

6. Les médecins en service actif

Il y a actuellement 3,100 de nos médecins canadiens, soit environ 30 p. 100 de notre nombre total, en service militaire actif. Combien en faudra-t-il de plus pour les services de Sa Majesté, nous ne saurions le dire, mais quel que soit le nombre requis, l'armée ne manquera pas de médecins. C'est à nous qui restons et c'est au pays en général qu'incombe la responsabilité de sauvegarder les intérêts de ces médecins qui n'ont songé qu'aux nôtres lorsqu'ils se sont enrôlés. Comparativement, ces médecins n'ont guère eu l'occasion d'exprimer leur opinion quant à cette mesure qui les touchera si directement lorsqu'ils réintégreront la vie civile. Nous devrions empêcher toute action, relativement aux mesures d'assurance-maladie, susceptible de rendre difficile aux médecins des forces armées la reprise de leur pratique, et aux nouveaux médecins, l'établissement d'une clientèle. L'avant-projet de loi propose que tous les assurés soient inclus dans la liste du médecin de leur choix. L'on prévoit que la préparation de ces listes, pendant l'absence d'un si grand nombre de nos médecins, pourrait être tout à fait injuste envers les absents. Soit que la mise en vigueur de toute la mesure provinciale soit différée jusqu'au retour des médecins absents, soit que les clauses de la loi provinciale relatives à l'enregistrement et à la préparation de listes d'assurés pour chaque médecin ne soient pas mises en vigueur, ou qu'elles le soient uniquement dans la mesure où elles concernent l'ensemble de la santé publique et de la médecine préventive, plutôt que le service individuel.

Nous nous rendons compte que le perfectionnement et la mise en œuvre, dans les provinces, d'un plan satisfaisant d'assurance-maladie, prendra énormément de temps. Cependant, s'il est possible de mener à bien un tel plan en ce moment, devrions-nous attendre l'après-guerre pour le mettre en vigueur?

Le problème est d'une vaste portée, et nous l'avons sérieusement étudié. Plus de 30 p. 100 de nos médecins étant maintenant engagés dans le service militaire, il est évident que les médecins praticiens qui sont encore dans la vie civile ont une responsabilité de plus en plus grande. Ce ne serait peut-être pas très raisonnable de demander à ce nombre restreint de médecins d'entreprendre l'établissement d'une mesure d'assurance-maladie en ce moment.

D'autre part, l'on peut observer, et quelques témoins l'ont même déclaré, que la promulgation de l'assurance-maladie et sa mise en œuvre dans les provinces pendant la guerre, pourraient faciliter la réintégration dans la vie civile des médecins qui sont actuellement dans les forces armées. Cependant, de toute façon il faudrait soigneusement prévoir des mesures nécessaires pour empêcher que ces médecins ne soient obligés de lutter pour avoir leur place dans la vie économique de la nation.

L'on a dit que si ce projet était mis à exécution, nous pourrions assurer à ces hommes qui reviennent que là où il y a une population il y aurait un revenu.

A notre avis, l'entière mesure doit être soigneusement étudiée et ceux qu'elle regarde doivent s'assurer que, quel que soit le plan adopté, il sera juste et pour le plus grand bien des intéressés. La structure érigée peut devenir le cadre de l'organisation destinée à la protection de la santé en ce pays pour des générations. Soyons certains que les fondements en sont posés solidement, avec soin et sagesse.

Pour finir, monsieur le président, nous désirons exprimer le vif désir de la *Canadian Medical Association* de collaborer avec les autorités de toutes les manières possibles afin de formuler des projets rationnels pour les futurs services de santé du Canada. Nous serons toujours heureux d'avoir l'occasion de conférer, n'importe quand, avec ce Comité ou tout autre comité du gouvernement chargé d'étudier ce projet important.

Le PRÉSIDENT: J'apprends que le docteur Agnew est ici, lui aussi. Y a-t-il quelques questions que les membres aimeraient poser aux personnes présentes?

M. GERSHAW: En ce qui concerne l'alinéa 6, ceci indique-t-il que le témoin préférerait que les médecins fussent payés d'après une base d'honoraires plutôt qu'à raison de tant par malade?

Le PRÉSIDENT: L'alinéa 6?

M. GERSHAW: Oui. A mon avis, les médecins actuellement en service actif pourraient facilement se trouver entravés dans leur pratique médicale. Si la plupart des arrangements sont déjà conclus avec les médecins qui sont restés au pays, il me semble que les autres, à leur retour, éprouveront, tout comme les nouveaux médecins, de la difficulté à se créer une clientèle.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, à notre avis, la réalisation de ces projets peut fort bien être trop ardue pour que nous puissions mettre les lois en état d'être appliquées avant la fin de la guerre. On jugera peut-être bon de dire qu'elles ne seront pas mises en vigueur avant la fin de la guerre; ou bien si l'on croyait sage de les appliquer avant la fin de la guerre, il faudrait stipuler que ces clauses exigeant l'enregistrement du malade sur les listes d'un médecin, liant ainsi le malade à certains médecins, ne prendront pas effet avant la fin de la guerre, sauf lorsque cette mesure sera nécessaire pour mettre à pied d'œuvre les services préventifs. Vous verrez que s'il faut que les médecins soient responsables des services préventifs, ils devront savoir envers qui ils sont responsables, et pour cela il sera peut-être nécessaire d'assigner les gens à certains médecins.

M. Howden:

D. Puis-je vous demander si vous ne croyez pas que le fait de préparer les listes dont on vient de parler, en l'absence de tant de médecins, n'entraînerait pas une injustice. Il y a là quelque chose d'injuste non seulement pour les médecins qui sont outre-mer, mais aussi pour plusieurs médecins qui sont ici. Il est peu probable que l'on fasse une véritable distribution de tous les malades aux médecins en service, tels que nous les avons maintenant, et je crois que cela ne sera pas très juste?—R. C'est précisément ce que nous recommandons. Nous recommandons que ces listes, peu importe le nom que vous leur donnerez, ne soient pas préparées avant la fin de la guerre, et cela pour les raisons que nous avons données.

D. Qu'elles ne soient pas du tout préparées, plutôt.—R. Voilà une question à discuter. Il y a deux courants d'opinion à ce sujet et il faudrait beaucoup de temps pour discuter le pour et le contre de cette proposition-là.

M. Mayhew:

D. Puis-je demander au témoin si c'est son intention que la médecine industrielle telle qu'exercée actuellement dans les usines soit incluse dans le programme général? Votre mémoire semble indiquer que ce service doit être développé.—R. Rien dans la proposition que vous avez en main actuellement,

n'exclut un groupe quelconque au Canada de l'application de la loi et nous souscrivons à cette opinion parce que nous condidérons que le projet dont vous êtes saisis est beaucoup plus vaste que tout ce que réalisent, n'importe où, les entreprises industrielles. Or, nous appuyons les programmes appliqués par les entreprises industrielles. Ce que nous recommandons, c'est qu'ils soient exécutés comme ils le sont maintenant, ou plus en grand, mais sous la responsabilité et l'autorité de la commission de l'assurance-maladie plutôt que par l'initiative individuelle de chaque entreprise industrielle.

M. McCann: J'aimerais faire une observations concernant le passage de la page 6 qui traite des problèmes financiers. "Nous croyons aussi que la caisse ne devrait pas faire partie du revenu consolidé de la province, mais devrait être complètement contrôlée par la commission". Eh! bien, je diffère un peu d'opinion sur ce point. Il me semble, en effet, qu'il y aurait avantage à verser les fonds amassés dans la caisse consolidée de la province, parce qu'ils perdent ainsi leur identité, de sorte que les montants nécessaires à l'application de la loi pourraient être remis à la commission de temps à autre, et si les fonds affectés uniquement au paiement des honoraires venaient à manquer, il y aurait des fonds suffisants dans la caisse du revenu consolidé pour faire face à une situation comme celle d'une épidémie; et il n'existe aucune restriction si les fonds sont spécifiquement affectés et remis à la commission. Il y a aussi un autre avantage, c'est que la commission, dans le cas d'un surplus de fonds, ne se verrait pas dans la nécessité de voir au placement de ces fonds. L'état ou le trésor fédéral pourrait employer ces fonds, lorsqu'ils sont dans la caisse du revenu consolidé, aux fins jugées convenables, libérant ainsi la commission de l'obligation de placer ces fonds de temps en temps. De plus, à mon avis, cela assurerait en tout temps, dans la caisse du revenu consolidé, des disponibilités non affectées, suffisantes pour parer aux cas de nécessité. Peut-être le docteur Archer aimerait-il faire quelques observations à ce sujet?

Le témoin: Monsieur le président, M. McCann avait deux propositions, sur lesquelles il a attiré notre attention. Il a commenté notre désir de voir administrer ces fonds par la commission d'assurance-maladie. Nous pensons ainsi parce que nous tenons, comme nous l'avons déjà dit, à ce que la commission soit un corps aussi indépendant que possible. Il a ensuite expliqué que si ces fonds étaient dans la caisse du revenu consolidé ils perdraient leur identité, et que le revenu consolidé pourrait y ajouter, s'ils étaient insuffisants. Or, je ne vois rien dans le projet de loi qui laisse entendre cela. Si l'on prenait cette mesure, l'on verrait s'aplanir une des difficultés indiquée ici, quand nous disions qu'une garantie devrait être fournie, soit par une réserve, soit par la garantie provinciale de fonds suffisants. Nous nous inquiétons parce que nous ne voyons pas comment l'on garantit que le fonds sera suffisant. Si l'interprétation de M. McCann est la bonne, cette difficulté peut être tournée. J'ignore la réponse. Nous avons dit, en maintes occasions, que nous ne nous estimons pas compétents pour donner des conseils à ce Comité au sujet de la solution du problème financier; c'est la suffisance des fonds dont nous nous préoccupons, voilà tout.

Le président: Y a-t-il d'autres questions? Docteur, en ce qui concerne les bourses, j'imagine qu'elles seraient accordées au mérite. Sans doute, tiendrait-on compte des besoins d'un étudiant en accordant l'aide financière nécessaire?

Le témoin: Nous désignons certains étudiants de mérite, et assurément, nous...

Le président: Vous vous basez sur les notes?

Le témoin: Dans ce cas, seuls les élèves brillants recevraient les bourses; nous nous basons sur les notes et le besoin, les deux choses sont prises en considération.

Le président: Y a-t-il d'autres questions? Sinon, je voudrais exprimer les remerciements du Comité à la *Canadian Medical Association*, ainsi qu'aux docteurs Sclater Lewis, Agnew et Archer de leur présence ici aujourd'hui.

Le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SECURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 25

SÉANCE DU MARDI 29 JUIN 1943

TÉMOINS:

Mlle M. H. Hall, surintendante en chef suppléante, *Victorian Order of Nurses.*
M. T. D'Arcy McGee, K.C., vice-président, *Victorian Order of Nurses.*
M. Grote Stirling, député, membre du Conseil exécutif national, *Victorian Order of Nurses.*
Le docteur J. Fenton Argue, membre du Conseil exécutif national, *Victorian Order of Nurses.*
M. W. R. Creighton, trésorier honoraire, *Victorian Order of Nurses.*
M. W. G. Gunn, avocat, ministère des Pensions et de la Santé nationale.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 29 juin 1943.

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, Breithaupt, Côté, Gershaw, Gregory, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Lalonde, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McGarry, McGregor, Maybank, Mayhew, Picard, Shaw, Veniot et Wright—21.

Le président annonce qu'il a reçu une lettre du Conseil des métiers et du travail de Vancouver, New-Westminster et District et il est ordonné que cette lettre soit imprimée dans le compte rendu.

M. T. D'Arcy McGee, K.C., vice-président du *Victorian Order of Nurses*, est appelé. Il présente les personnes suivantes à titre de déléguées de l'organisme précité:

M. F. E. Bronson, vice-président;

M. W. R. Creighton, trésorier honoraire;

Mme R. L. Blackburn, présidente du Comité consultatif des services d'infirmières;

L'hon. sénatrice Cairine Wilson, présidente du service de publicité éducative;

L'hon. Grote Stirling, député, membre du Conseil exécutif national;

Le docteur J. Fenton Argue, membre du Conseil exécutif national;

Mlle M. H. Hall, surintendante en chef intérimaire.

Mlle Hall est appelée. Après avoir présenté son mémoire, elle est interrogée et se retire.

A la demande du président, les délégués suivants prononcent une courte allocution:

M. T. D'Arcy McGee;

M. Grote Stirling, député;

M. W. R. Creighton;

Le docteur J. Fenton Argue.

Le président remercie les témoins et ceux-ci se retirent.

M. W. G. Gunn, avocat au ministère des Pensions et de la Santé nationale, est appelé. Il traite des aspects constitutionnels de l'avant-projet de loi d'assurance-maladie.

M. Gunn signale une erreur que contient la clause 7 du bill intitulé: Loi sur l'aptitude physique nationale, et propose la modification suivante: biffer tous les mots figurant après le mot "recensement", là où il paraît pour la dernière fois et les remplacer par les suivants: "...ni un montant égal à la moitié des deniers réellement dépensés par cette province pour l'exécution de ce plan, suivant le montant le moins élevé."

Dans la clause 9 du même bill, le millésime 1931 devrait être substitué au millésime 1941.

Le témoin se retire et le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,

J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

le 29 juin 1943.

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, j'ai reçu une lettre de M. R. K. Gervin, secrétaire intérimaire du Conseil des métiers du travail de Vancouver, C.-B., New-Westminster et district, demandant que les traitements chiropratiques soient inclus dans le projet de loi. Cette lettre sera versée au compte rendu.

CONSEIL DES MÉTIERS ET DU TRAVAIL DE VANCOUVER, NEW-WESTMINSTER ET DISTRICT

Le 21 juin 1943.

Le Président,
Comité de la sécurité sociale,
Ottawa, Ontario.

CHER MONSIEUR,—Lors de la dernière assemblée régulière du Conseil ci-dessus, les questions de sécurité sociale et d'assurance-maladie ont été discutées et il a été signalé que le programme actuel ne comprend pas tous les modes de traitements.

Nos membres sont d'avis que d'autres méthodes reconnues comme avantageuses, particulièrement les traitements chiropratiques, devraient être inclus dans le projet de loi.

Espérant que vous prendrez ce point en considération, je demeure

Votre tout dévoué,

Le secrétaire intérimaire,
R. K. GERVIN.

Nous avons le plaisir et l'honneur d'avoir avec nous ce matin, les représentants du *Victorian Order of Nurses for Canada*. Je demanderais à M. D'Arcy McGee de présenter la délégation de cet excellent organisme.

M. T. D'ARCY MCGEE (vice-président du *Victorian Order of Nurses for Canada*): Monsieur le président, monsieur le ministre, messieurs les membres du Comité de la sécurité sociale, le mémoire qui doit vous être présenté ce matin, est soumis par le *Victorian Order of Nurses for Canada*. Malheureusement, à cause de sa maladie, notre président, l'honorable juge Davis, de la Cour suprême, ne peut être présent, et comme l'un des vice-présidents, j'ai l'honneur et le plaisir de vous présenter notre comité. Un autre vice-président, M. F. E. Bronson, nous accompagne ainsi que M. W. R. Creighton, trésorier honoraire, et Mme R. L. Blackburn, présidente du comité consultatif des soins d'infirmières; la sénatrice Cairine Wilson, présidente du service de publicité éducative, nous a fait savoir qu'elle serait ici plus tard. Les membres du conseil exécutif national présents sont l'honorable Grote Stirling, député et le docteur J. Fenton Argu d'Ottawa.

Monsieur le président, le mémoire sera présenté par la surintendante en chef intérimaire, Mlle Hall.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur McGee. Mademoiselle Hall, vous avez la parole.

Mlle MAUDE H. HALL est appelée.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre et messieurs les membres du Comité de la sécurité sociale:

Le *Victorian Order of Nurses for Canada* est un organisme national bénévole d'hygiène établi en 1897 par une charte royale. En juillet 1929, la constitution fut revisée en vertu d'une charte canadienne émise par le ministère du Secrétaire d'état, en vue d'étendre le champ d'action en conformité des développements modernes dans le domaine de la santé publique. Le *Victorian Order* fournit aux malades à domicile, les services d'infirmières expérimentées. Les honoraires sont raisonnables. Ils couvrent tout juste le coût des visites et ils peuvent même être réduits pour convenir aux ressources des familles. S'il arrive qu'un malade est dans l'impossibilité de payer, les soins ne lui sont pas refusés.

Les services sont accordés à tous peu importe la race, la croyance religieuse et la situation financière. Ils répondent exactement aux besoins des malades qui ne requièrent pas ou ne peuvent pas se procurer des soins continus, ainsi qu'aux besoins de ceux qui, pour diverses raisons, ne peuvent pas être hospitalisés ou n'ont pas besoin de l'être. Aucun appel ne reste sans réponse, mais on ne continue à fournir les soins que sur l'avis d'un médecin.

Nous nous occupons des malades qui requièrent des soins médicaux et chirurgicaux, des cas de maternité et nous saisissons l'occasion de compléter l'enseignement des mesures d'hygiène au cours des visites. Le service d'hygiène publique y compris les soins scolaires, les centres de bien-être de l'enfance, l'aide aux cliniques d'immunisation, l'enseignement collectif sont établis en plusieurs endroits où ils ne sont pas fournis par un organisme officiel. A deux endroits, un service de soins est fourni aux ouvriers de deux industries de guerre locales.

Notre ordre compte quatre-vingt-dix-neuf sections qui sont ainsi réparties dans huit provinces:

Nouvelle-Ecosse	16	Manitoba	1
Nouveau-Brunswick	7	Saskatchewan	3
Québec	5	Alberta	2
Ontario	55	Colombie-Britannique ...	10

Depuis la guerre, onze nouvelles sections ont été organisées et sept sections ont étendu leur champ d'action aux banlieues et townships au delà des limites de certaines villes.

Les sections sont répandues au Canada, de l'Atlantique au Pacifique. Chaque section est autonome mais elle accepte les programmes et les normes professionnelles du bureau national. Toutes les sections sont visitées deux fois par an par des surveillants du bureau national en vue d'assurer l'uniformité des normes du service. Il existe un lien direct entre le bureau national et les sections locales.

Les quatre-vingt-dix-neuf sections sont maintenues par des conseils locaux composés de représentants du public. Les sections se subviennent au moyen des montants qu'elles reçoivent des malades, des honoraires perçus des sociétés d'assurance pour service rendus aux détenteurs de police, des cotisations des membres, des octrois des municipalités et townships et d'autres entreprises rémunératrices. Vingt-trois sections participent aux fédérations de charité. Les représentants locaux composent en grande partie le bureau national des gouverneurs au sein duquel est choisi le conseil exécutif. Les sections ne contribuent pas au maintien du bureau national, mais elles reçoivent de l'aide financière lorsque le besoin se fait sentir et, pour la première fois, en 1942, il ne fut pas nécessaire de leur venir en aide financièrement. Dans la Colombie-Britannique, le gouvernement provincial subventionne les services des infirmières, au prorata du chiffre de la population. Dans la Saskatchewan, le gouvernement paie à raison de tant par visite, pour les soins donnés par les infirmières aux malades indigents qui demeurent temporairement dans la circonscription desservie. La

section de Winnipeg bénéficie d'un octroi du gouvernement manitobain. Dans l'Ontario, le ministère de la Santé ne contribue pas au maintien des sections locales, mais verse un octroi à l'organisme national pour le service de surveillance. Au Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé vient en aide, au moyen d'octroi, aux sections qui fournissent les soins scolaires. Une section de la Nouvelle-Ecosse reçoit un octroi du gouvernement provincial.

Le *Victorian Order of Nurses* emploie trois cent quatre-vingt-sept infirmières. Le bureau national fournit les garde-malades aux sections, établit les honoraires qui leur sont versés par les sections et détermine le mode de service à donner. Les infirmières reçoivent une excellente formation. Pour être inscrites dans la province où elles exercent leur profession les infirmières doivent, en plus de la formation reçue à l'hôpital, faire une année d'études postscolaires d'hygiène publique. Mais vu le nombre des infirmières qui quittent nos rangs, la pénurie de spécialistes en hygiène publique à cause de la guerre, l'expansion prise par les services d'hygiène et le nombre croissant des mariages, il nous faut faire des concessions aux gardes-malades. Pour remplir les vacances créées dans notre personnel, nous engageons, à titre de novices, des infirmières qui n'ont pas fait les études d'hygiène requises. Nous les engageons comme temporaires et bon nombre d'entre elles songent à se conformer à nos conditions dès qu'elles auront l'argent voulu.

En vue d'accroître le nombre des infirmières compétentes dont nous pourrions utiliser les services, notre organisme accordera cette année, douze bourses d'études pour venir en aide aux gardes-malades qui veulent poursuivre le cours universitaires d'hygiène publique.

Au cours de l'année 1942, nos gardes-malades ont fait 723,145 visites et prodigué leurs soins à 88,646 malades—47 p. 100 de ceux-ci faisaient partie de la catégorie morbidité. Nos infirmières ont administré leurs soins à 7,138 malades souffrant de pneumonie, à 3,386 tuberculeux, à 8,084 atteints de maladies contagieuses, à 27,729 cancéreux, à 88,168 souffrant de maladies chroniques, à 192,636 malades atteints d'affections exigeant des interventions médicales ou chirurgicales. Elles ont aidé à 1,073 opérations faites à domicile.

Bien que la tendance soit à l'hospitalisation des cas de maternité, les soins des mères et des poupons constituent la plus grande partie de notre travail. L'an dernier, 45 p. 100 de nos visites furent consacrées aux soins et aux conseils fournis durant les périodes de grossesse. Nos infirmières ont fait 46,441 visites à de futures mères pour les renseigner sur l'hygiène en temps de grossesse. Elles ont assisté les médecins à 6,496 accouchements à domicile et ont fait 236,626 visites pour administrer leurs soins aux mères et à leurs bébés et surveiller les conditions d'hygiène. Vu le manque d'espace, les mères et leurs bébés quittent l'hôpital avant le huitième jour de ce qui était considéré autrefois comme la période minimum d'hospitalisation après l'accouchement. Très souvent, une fois de retour à la maison, ces mères requièrent encore des soins. Même si le séjour à l'hôpital se poursuit jusqu'à la huitième journée, ces jeunes mères ont besoin de conseils et d'assistance pour organiser les soins à donner à l'enfant.

Pendant nombre d'années, le taux de la mortalité parmi les mères et les enfants sous les soins et la surveillance de nos garde-malades fut considérablement moins élevé que le taux de la mortalité au Canada (voir état ci-joint).

Durant la période critique que nous traversons, alors qu'une répartition plus rationnelle du service des gardes-malades éliminerait le service de luxe, tandis que les hôpitaux sont encombrés, un plus grand emploi des services de nos infirmières aurait pour effet de rendre disponibles un grand nombre de lits pour des malades qui requièrent des soins d'hôpital. Les soins à domicile contribuent à donner plus d'importance à l'infirmière et il s'ensuit que la répartition des soins est plus conforme aux besoins des patients. Nous avons annexé à notre mémoire, un extrait d'un discours dans lequel on mentionne l'appréciation de l'utilité d'un tel service pour une localité et sa valeur économique.

Depuis plusieurs années, le *Victorian Order* a conclu des arrangements pour assurer les services de ses gardes-malades à raison de tant par visite. Une entente a été conclue avec la *Metropolitan Life Insurance Company*, en vertu de laquelle les détenteurs de polices de cette société bénéficient des soins de nos infirmières. Le bureau national voit à conclure ces ententes. Un plan semblable—sur une moins grande échelle toutefois—existe avec la *Women's Benefit Association*, les *Maccabees*, l'*Ætna Life*, la *Confederation Life*, la *Sun Life* et la *Travellers Insurance* pour leurs détenteurs de polices collectives.

Ces contrats non seulement facilitent l'administration des soins à domicile mais ils sont également une source de revenus pour les sections locales. Un des bienfaits de ces relations contractuelles, c'est que nous avons établi un mode uniforme de comptabilité du prix de revient pour nos services. D'année en année, le coût varie suivant le nombre des localités desservies, la densité de la population, les déplacements, les facilités de transport, les possibilités d'hospitalisation et le genre de travail entrepris. Chaque section fait sa propre prévision du coût et la soumet au bureau national. En 1941, le coût moyen par visite fut de 9.3 cents. (Le rapport pour l'année 1942 n'est pas encore prêt.)

Nous avons annexé au mémoire, une brochure renfermant des renseignements intéressants sur nos services et notre organisme.

Le bureau national se maintient au moyen d'octrois du gouvernement, de l'intérêt sur les fonds de dotation et des souscriptions personnelles.

Comme organisme bénévole, le *Victorian Order* a une responsabilité définie envers les services d'hygiène nationaux, provinciaux et locaux. Par conséquent, notre but est de coopérer le plus entièrement possible avec ces services et de travailler de concert avec les autres organismes d'hygiène et d'œuvres sociales au Canada.

Le *Victorian Order* est un organisme de service ayant plus de quarante-cinq ans d'expérience dans ce genre de travail, possédant le mécanisme voulu mais non les moyens de l'appliquer partout où on en a besoin. Sous le régime d'un programme d'assurance-maladie prévoyant l'administration des soins à domicile, le *Victorian Order* est en mesure d'offrir quelque chose de concret sous ce rapport.

Le tout humblement soumis.

T. D'ARCY McGEE,
Vice-président.

MAUDE H. HALL,
Surintendante en chef intérimaire.

Le 29 juin 1943.

VICTORIAN ORDER OF NURSES FOR CANADA

Taux de mortalité maternelle

Année	*Dominion*	*Victorian Order*
1938	4.2	1.5
1939	4.2	2.0
1940	4.0	1.7
1941	3.5	1.3
1942	3.0 (taux provisoire)	1.2

TAUX DE MORTALITÉ DES NOUVEAU-NÉS

Année	*Dominion*	*Victorian Order*
1938	32	19.45
1939	31	13.8
1940	30	13.9
1941	31	14
1942	28 (taux provisoire)	11

NOMBRE DE CAS D'OBSTÉTRIQUE CONFIÉS AUX SOINS DU VICTORIAN ORDER

1938	11,256
1939	17,308
1940	18,349
1941	19,281
1942	20,141

ANALYSE DU TRAVAIL DE L'ANNÉE 1942

Nombre total des cas	88,646
	Pourcentage
Morbidité	41
Maternité	51
Education sanitaire	8
Nombre des visites	723,145
	Pourcentage
Morbidité	47
Maternité	45
Education sanitaire	8

CLASSIFICATION DES VISITES SUIVANT LE MODE DE PAIEMENT

	Pourcentage
Visites payées	15
Visites payées en partie	18
Visites gratuites	54
Visites payées par sociétés d'assurance	13

Extrait d'un discours prononcé par le Dr G. M. Little, médecin hygiéniste d'Edmonton, lors de l'assemblée annuelle (1938) de la section de cette ville du Victorian Order.

"L'importance des services en ce qui concerne les malades est évidente, mais le rang que l'organisme occupe au sein de la vie économique de la localité n'est pas aussi bien connu. L'administration des soins à domicile a pour effet de rendre disponibles un grand nombre de lits d'hôpital et ceux qui sont au courant de l'encombrement actuel des hôpitaux, apprécieront l'importance d'un tel service pour la localité. De plus, pour un grand nombre de ces malades qu'il faudrait autrement hospitaliser, les soins devraient être administrés aux frais de la municipalité. Il est à prévoir que plusieurs municipalités devront tôt ou tard organiser des services de soins à domicile, sur une grande échelle, de façon à conserver le plus grand nombre de lits possible dans les hôpitaux. De la sorte, en plus de l'importance des aspects humains, votre organisme joue un rôle prépondérant dans le bien-être économique de la localité.

"La profession médicale est d'accord sur la nécessité d'un mode d'assurance-maladie facilitant la répartition des soins médicaux à plusieurs de nos concitoyens.

"L'intérêt qu'en certains milieux, le peuple lui-même apporte à ces problèmes démontre bien qu'il tient, peu importe la condition de vie, à avoir un meilleur mode pour l'administration des soins en cas de maladie.

"Je ne m'arrêterai pas à discuter maintenant les mérites des plans divers qui ont été suggérés; mais si je m'en tiens à l'expression d'opinion d'un grand nombre de nos gens, le jour n'est pas loin où un tel plan sera mis à l'essai, et je crois qu'il est bien à propos pour ceux qui s'intéressent, dans notre pays, au contrôle et à l'administration des soins en cas de maladie, de s'appliquer à trouver une solution, afin que lorsque le moment viendra, on ait un plan pratique.

"Lorsque se produira, ce qui est certain, une plus grande demande de lits d'hôpitaux comme le font voir les plans d'assurance en Grande-Bretagne, un des besoins les plus urgents, et à coup sûr, une des mesures les plus nécessaires, sera une plus grande expansion du mode de service fourni par le *Victorian Order*. Je crois que l'on vous demandera de coopérer à l'élaboration d'un tel plan en fournissant l'expérience dont votre organisme dispose."

Le PRÉSIDENT: Désire-t-on poser des questions à Mlle Hall? A la page 4, mademoiselle Hall, vous faites mention de l'assistance fournie aux médecins dans 6,496 cas d'accouchements à domicile et de 236,626 visites pour l'administration des soins aux mères et à leurs bébés et pour la surveillance des conditions d'hygiène. S'agit-il alors de cas urbains et ruraux?

Le TÉMOIN: Monsieur le président, il s'agit de cas pour la plupart urbains, mais comme nous le disons ailleurs dans le mémoire, quelques-unes de nos sections ont étendu leurs services aux townships et nous avons un centre absolument rural.

M. Lalonde:

D. Mademoiselle Hall, à la page 5, vous dites ce qui suit: "Sous le régime d'un programme d'assurance-maladie prévoyant l'administration des soins à domicile, le *Victorian Order* est en mesure d'offrir quelque chose de concret sous ce rapport." Je crois que les membres du Comité tiendraient à savoir ce que votre organisme est en mesure d'offrir par rapport au projet qui nous occupe?—R. Monsieur le président, je crois comprendre que suivant le projet de loi actuel, des soins à domicile seront fournis; partout où existe une section du *Victorian Order,* cette dernière serait en mesure, je crois, de fournir à un prix raisonnable, tout aussi raisonnable que celui d'un autre organisme, le service de l'administration des soins et l'assurance que ce service est contrôlé. Il existerait une difficulté cependant pour les centres où nous n'avons pas de sections à l'heure actuelle. Il serait peut-être possible d'étendre davantage notre organisme. Est-ce que cela répond à votre question?

D. Oui, merci beaucoup.

M. McGarry:

D. A la page 3, vers la fin du deuxième paragraphe, vous dites: "Pour remplir les vacances créées dans notre personnel, nous engageons, à titre de novices, des infirmières qui n'ont pas fait les études d'hygiène requises." Voulez-vous dire par là qu'elles ont reçu leur formation à l'hôpital, mais qu'elles n'ont pas suivi le cours postscolaire?—R. Oui, elles sont toutes des gardes-malades immatriculées, toutes dûment immatriculées.

D. Mais elles n'ont pas suivi le cours postscolaire d'infirmières?—R. C'est cela.

M. Lalonde:

D. A la page 2, vous dites qu'il y a quatre-vingt-dix-neuf sections au Canada. Pourriez-vous me dire dans quelles villes, ces sections sont établies, plus particulièrement dans la province de Québec. Je comprends que votre

organisme a cinq sections dans le Québec. Je désirerais savoir où elles se trouvent et comment elles fonctionnent?—R. Dans la province de Québec, comme le mémoire en fait mention, il y a cinq sections qui se trouvent aux endroits suivants: Montréal, Lachine, Sherbrooke, Pointe-Claire et Ste-Anne de Bellevue.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Lalonde, désireriez-vous connaître le nom des villes ailleurs?

M. LALONDE: Oui.

Le TÉMOIN: Nouvelle-Ecosse: Amherst, Bridgewater, Canso, Dartmouth, Digby, Halifax, Kentville, Liverpool, Lunenburg, New-Glasgow, Pictou, Sydney, Truro, Windsor, Wolfville, Yarmouth.

Nouveau-Brunswick: Campbellton, Fredericton, Moncton, Newcastle, Sackville, Saint-Jean, Woodstock.

Ontario: Arnprior, Barrie, Peterboro, les villes frontières, Braeside, Brampton, Brantford, Brockville, Burlington, Carleton-Place, Chatham, Cobourg, Cornwall, Dundas, York-est—qui dessert un township—Galt, Gananoque, Guelph, Hamilton, Huntsville, Kingston, Kirkland-Lake, Kitchener, Leamington, London, Napanee, New-Liskeard, North-Bay, York-nord—qui est aussi un township—Orillia, Oshawa, Ottawa, Owen-Sound, Pembroke, la péninsule—qui dessert un certain nombre d'endroits, y compris un township de la péninsule de Niagara—Peterboro, Porcupine, Preston, Sarnia, Smith-Falls, St. Catharines, St-Thomas, Stratford, Sudbury, Timmins, Toronto, Trenton, Waterloo, Welland, Weston, Whitby, Woodstock, le township de York.

Manitoba: Winnipeg.

Saskatchewan: Prince-Albert, Regina, Saskatoon.

Alberta: Calgary, Edmonton.

Colombie-Britannique: Burnaby, Elphinstone, Oliver, Vancouver-nord, Surrey, Trail, Vancouver, Victoria, Westbank et Vancouver-ouest.

Je puis ajouter que dans l'Ontario, une nouvelle section a été organisée à Niagara-Falls. Le mémoire n'en fait pas mention.

M. Howden:

D. Monsieur le président, je tiendrais à exprimer mon appréciation du travail accompli par le *Victorian Order of Nurses*. Je me rappelle très bien, alors que j'étais un jeune médecin, à Winnipeg, l'assistance excellente et compétente que j'ai reçue de cet organisme. Pour cette raison, je me demande pourquoi il n'y a qu'une section au Manitoba. Je suis persuadé que la section que nous avons à Winnipeg est très active et, je pourrais même dire qu'elle est continuellement occupée. Je sais que les infirmières travaillent constamment et je me demande pourquoi des villes comme Brandon, Portage-la-Prairie et plusieurs autres que je pourrais citer, sont ainsi laissées de côté, car je crois que le *Victorian Order* répond à un besoin auquel nul autre organisme ne peut répondre J'aimerais à connaître la raison de cet état de choses.

Le PRÉSIDENT: Peut-être M. McGee pourrait-il nous fournir quelques explications sous ce rapport?

M. MCGEE: Je crois que Mlle Hall est plus au courant de la situation que moi-même. Jusqu'à date, elle a fait un excellent travail et je préfèrerais qu'elle réponde. Je craindrais d'embrouiller les affaires.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, je pourrais dire que le plan d'organisation du *Victorian Order* est plutôt passif et que des sections ne sont ouvertes que là où on en fait la demande. Cependant, nous avons fait une certaine publicité en vue d'encourager les localités à demander nos services. Pour ce qui est du Manitoba, nous avons travaillé dans ce sens. Le travail préliminaire d'organisation fut fait à Brandon mais, pour une raison quelconque, il n'a pas donné de résultat. Nous avons cru, dans le passé, que si nous pouvions encourager les municipalités à demander nos services nous pourrions nous organiser sur de

meilleures bases que si nous nous implantions dans une localité et lui demandions d'utiliser nos services. Je ne saurais dire si, sur ce point, nous avons eu tort ou raison.

M. Howden:

D. Vous n'avez reçu aucune demande de ces villes?—R. Pas durant ces dernières années. J'ignore ce qui a été fait dans le passé.

M. Wright:

D. A la page 4, je lis ce qui suit:

> Depuis plusieurs années, le *Victorian Order* a conclu des arrangements pour assurer les services de ses gardes-malades à raison de tant par visite. Une entente a été conclue avec la *Metropolitan Life Insurance Company*, en vertu de laquelle les détenteurs de polices de cette société bénéficient des soins de nos infirmières.

Je note également que des ententes semblables ont été passées avec diverses autres sociétés. Vous objecteriez-vous à ce que les contrats passés avec ces sociétés soient versés au procès-verbal?—R. Voici, l'arrangement conclu avec la société est le suivant: la société paie tant par visite ou l'horaire demandé pour les visites faites aux détenteurs de polices de la société.

M. Johnston:

D. L'honoraire est-il le même pour toutes les sociétés ou y a-t-il un tarif variable?—R. Non, cet honoraire est stable, il est basé sur le coût de la visite; toutefois, pour certains districts, il varie quelque peu suivant le coût des visites dans ces districts.

M. Shaw:

D. Mademoiselle Hall, à la page 1, je lis ce qui suit: "A deux endroits, un service de soins est fourni aux ouvriers de deux industries de guerre locales." Je suppose que c'est en vertu d'arrangements conclus avec la direction de ces usines? —R. Oui.

D. A l'exception de ces deux endroits, avez-vous reçu des demandes pour de tels services?—R. Oui, d'un ou de deux centres, à part ceux déjà mentionnés. Nous sommes à étudier ces demandes que nous venons de recevoir.

M. Breithaupt:

D. Je crois que Kitchener et Waterloo ont battu la marche. Je sais très bien les bienfaits que l'on peut retirer des soins donnés par les gardes-malades du Victorian Order et le magnifique travail qu'elles font dans ces centres. Je me demandais si l'on avait mis à l'étude un plan en vertu duquel le service pourrait être étendu aux autres localités qui n'utilisent pas encore ce service splendide. Existe-t-il un plan ou un comité central qui s'occupe de propager ce service à d'autres villes? Par exemple, dans le Québec, le nombre des sections du Victorian Order est restreint et il en est de même pour d'autres provinces. Existe-t-il un comité central qui s'occupe de la propagande?—R. Nous avons un comité d'éducation et de publicité chargé, entre autres choses, d'étudier les perspectives d'expansion. Il y a quelques années, nous avons organisé une campagne d'expansion et nous avons offert un subside réparti sur une période de trois ans, aux localités pour s'organiser, et nous avons alors progressé rapidement. Par suite, probablement, du manque de fonds et de la pénurie du personnel il nous a été impossible de continuer. Depuis quelque temps, nous avons organisé un certain nombre de sections chaque année, mais pas en aussi grand nombre que nous le désirerions. Je crois qu'au cours des trois dernières années nous aurions pu faire davantage, mais il y a toujours cette pénurie de gardes-malades spécialisées en hygiène publique. Nous avons également beaucoup de misère à obtenir des

infirmières pour les sections que nous établissons. J'espère qu'après la guerre, cette difficulté disparaîtra.

M. McGEE: Puis-je ajouter que la convocatrice de ce comité, c'est-à-dire du comité d'éducation et de publicité, est l'honorable sénatrice Cairine Wilson. Ce comité accomplit une besogne splendide sous ce rapport.

M. Howden:

D. La dernière phrase du mémoire est la suivante: "Sous le régime d'un programme d'assurance-maladie prévoyant l'administration des soins à domicile, le *Victorian Order* est en mesure d'offrir quelque chose de concret sous ce rapport." Mlle Hall voudrait-elle développer davantage ce point? Veut-on proposer par là que, comme dans le passé, le *Victorian Order* continue de servir le public canadien de la même façon, ou qu'un accord soit conclu entre le *Victorian Order* et le service de sécurité du Canada?—R. Voici, en ce qui concerne le plan d'assurance-maladie—il varierait probablement suivant les provinces—il est entendu que le *Victorian Order* est en excellente mesure de fournir les soins à domicile dans un grand nombre de localités où il a déjà des sections et que notre service pourrait être étendu aux localités où n'existent pas de sections, principalement après la guerre alors que nous pourrons nous procurer les gardes-malades dont nous aurons besoin. Naturellement, les fonds à notre disposition sont limités.

D. Néanmoins, vous continuerez à donner le service que vous fournissez actuellement et vous l'augmenterez. Cette interprétation est-elle exacte?—R. C'est bien notre désir, mais tout dépendra du programme et des circonstances. En tant que nous pouvons le juger présentement, nous sommes en mesure de jouer un rôle utile dans un tel plan.

M. Bourget:

D. Pouvez-vous nous dire si votre société a des affiliations avec d'autres organismes de gardes-malades immatriculées au Canada ou dans les provinces?

Le PRÉSIDENT: Voulez-vous répéter votre question, monsieur Bourget?

M. Bourget:

D. Pouvez-vous nous dire si votre société a des affiliations avec d'autres organismes de gardes-malades immatriculées au Canada ou dans les provinces? —R. Voulez-vous dire avec d'autres gardes-malades qui s'occupent d'hygiène publique ou...

D. Oui.—R. Certainement. Nous avons toujours cru que partout où nous nous organisons, nous faisons partie du programme local d'hygiène publique et que c'est notre devoir de coopérer avec les gardes-malades qui s'y trouvent déjà. Nous sommes aussi d'avis que jusqu'à un certain point nous sommes régis par l'autorité médicale de l'endroit et que, lorsque nous participons à un programme quelconque, nous agissons avec le consentement et l'approbation de cette autorité.

M. Shaw:

D. Je constate par votre mémoire, que le *Victorian Order* exige une année d'études postscolaires en hygiène publique. Etes-vous en mesure d'offrir une compensation définie pour encourager les gardes-malades à suivre ce cours postscolaire? Les salaires que vous versez sont-ils plus élevés que les salaires payés aux gardes-malades sur les services efficaces que vous fournissez?—R. Monsieur le président, je crois qu'il est dit dans le mémoire que le bureau national a adopté les salaires des gardes-malades qui se trouvent déjà dans la localité. Nous avons une échelle de salaire qui a été adoptée après mûres délibérations et après avoir pris en considération les salaires versés aux autres infirmières qui s'occupent d'hygiène publique.

D. Comment pourrait-on les comparer aux salaires que touchent les gardes-malades dans les hôpitaux?—R. Je crois qu'on peut les comparer d'une manière très favorable aux salaires payés aux infirmières qui font du service général; mais, naturellement, pour certaines charges dans les hôpitaux, il faut une formation spéciale, et nos salaires sont établis pour les infirmières qui s'occupent d'un autre genre de travail d'hygiène publique.

Le président:

D. Je constate que vous n'avez pas de sections dans l'île du Prince-Edouard; est-ce parce qu'on n'en a pas fait la demande?—R. Monsieur le président...

D. Je pensais justement à ce vieil hymne "Ninety and nine were safely laid in the shelter of the fold....."—R. Il serait à souhaiter que ce fût cent.

M. McGee: La prohibition existe à cet endroit.

Le président:

D. Ils n'ont pas besoin d'assistance?—R. J'ai visité à plusieurs reprises la province de l'île du Prince-Edouard parce que nous étions intéressés; mais la province n'est pas grande et il y existe—bien que ce ne soit pas un service de soins à domicile—un programme d'hygiène publique qui couvre presque toute l'île et jusqu'à présent on ne semble pas avoir eu besoin de nos services.

Le PRÉSIDENT: Monsieur Stirling, tiendriez-vous à ajouter quelque chose aux remarques qui ont été faites?

L'hon. M. STIRLING: Je me contenterai de faire mention, au nom de ma province, du vif intérêt que j'ai porté depuis de nombreuses années au *Victorian Order,* probablement parce qu'il existe deux sections dans ma propre circonscription. Naturellement, il s'agit de travail rural et non de travail urbain, et je sais bien la tâche pénible qui incombe à la garde-malade dans une localité très étendue, et je connais bien la qualité des services que l'on fournie. Une certaine partie du travail consiste en soins fournis aux Indiens et depuis de nombreuses années, notre organisme a fait en sorte de coopérer plus étroitement avec le Surintendant des Affaires indiennes. Nous espérons toujours avoir l'occasion d'étendre notre champ d'action. Il y a un an environ, on m'a fait l'honneur de m'élire membre du conseil et c'est la raison de ma présence ici, aujourd'hui.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Stirling. Monsieur McGee, d'autres membres de votre délégation aimeraient-ils à faire des commentaires?

M. McGEE: Merci, monsieur le président. Je crois que tout ou à peu près tout ce que nous avons à dire a été formulé par Mlle Hall.

Le PRÉSIDENT: Docteur Argue, aimeriez-vous à dire quelques mots?

Le Dr J. FENTON ARGUE: Monsieur le président...

M. McGEE: Ces médecins peuvent parler, vous savez.

Le Dr ARGUE: Monsieur le président, je n'ajouterai que quelques mots à ce qui a été dit. Le *Victorian Order of Nurses* a pris naissance alors que je débutais dans la pratique de la médecine, et je l'ai vu grandir. J'ai eu l'occasion de bénéficier des services fournis par le *Victorian Order* dans notre ville et j'ai suivi le travail qu'il fait dans d'autres villes, principalement dans les petites villes où il n'y a pas toujours une garde-malade expérimentée. Je suis vivement intéressé au travail de l'organisme et je suis entièrement d'accord avec la teneur du mémoire. Lorsque notre Loi de la sécurité sociale sera en vigueur, j'espère que le *Victorian Order* sera appelé à faire un travail plus considérable qu'à l'heure actuelle.

M. W. R. CREIGHTON: Monsieur le président, à titre de trésorier honoraire conjoint, j'ai cru constater que les questions posées ce matin, avaient pour but de savoir pourquoi le *Victorian Order* n'a pas un plus grand nombre de sections. Je crois qu'il est possible de répondre brièvement à ces questions; tout d'abord,

nous devons nous en tenir aux fonds que nous avons en main et aux contributions; deuxièmement, nous sommes atteints par la pénurie de gardes-malades, mais par-dessus tout, il nous faut compter sur la demande publique, sur le fait que nos services sont requis dans la localité. Si on s'adresse à nous, nous faisons enquête dans la localité et, au cours des dernières années, rares sont les fois où l'on n'a pas donné suite à ces demandes. Nous n'avons pas à notre disposition les sommes que nous voudrions et nous avons dû piger considérablement dans nos réserves pour établir de nouvelles sections au cours des quatre dernières années. De fait, une des demandes de fonds qui ont été faites était en vue d'étendre notre champ d'action. Nous tiendrions à prendre de l'expansion, malheureusement, nous avons les deux empêchements dont j'ai fait mention. En fin de compte, la situation se résume à ceci: nous comptons sur le travail des comités locaux, composés de citoyens qui se rendent compte que nos services sont nécessaires dans leur localité, qui savent que le service fourni par le *Victorian Order* est excellent, et qui s'efforcent de résoudre avec nous le problème de l'obtention des fonds et des gardes-malades.

Le PRÉSIDENT: Je suis certain que vous êtes tous d'accord avec les paroles d'appréciation du docteur Howden à l'égard du *Victorian Order of Nurses*, et au nom du Comité, je remercie M. McGee et les autres membres de la délégation, en particulier Mlle Hall, pour la présentation du mémoire. Merci beaucoup.

M. McGEE: Merci, monsieur le président et messieurs pour votre bienveillante attention.

Le PRÉSIDENT: Nous allons maintenant entendre M. W. G. Gunn, avocat du ministère des Pensions et de la Santé nationale; il traitera des aspects constitutionnels de l'avant-projet de loi concernant l'assurance-maladie et l'hygiène.

M. W. G. GUNN, avocat du ministère des Pensions et de la Santé nationale, est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre et messieurs les membres du Comité, à titre d'avocat du ministère, j'ai participé à la rédaction de ce projet de loi en y incorporant les suggestions du comité consultatif et j'espère pouvoir vous être utile dans votre étude de ce projet de loi.

Avant d'aborder les aspects constitutionnels, me permettriez-vous, monsieur le président, de faire une digression et de signaler que M. A. D. Watson, un des membres du comité consultatif, dans ses remarques devant le Comité, à la séance d'ouverture, a fait preuve de sa modestie caractéristique et de sa prudence habituelle, en refusant d'assumer toute responsabilité et en laissant entendre que la rédaction du projet de loi était la mienne. Le fait est que l'expérience de M. Watson, sa connaissance générale de l'assurance en général, de l'assurance sociale et de l'assistance sociale dans d'autres endroits, et son flair des problèmes qui sont susceptibles de surgir dans l'application de la loi, ont été précieux, non seulement pour la rédaction de l'avant-projet, mais aussi pour le travail du comité consultatif.

Avant d'entreprendre la rédaction, il m'a fallu étudier les aspects constitutionnels, et j'en ai conclu que l'on pouvait, en toute sécurité, procéder en prenant pour base l'aide du fédéral à l'égard des provinces. C'est ce que nous avons fait. J'aurais failli à ma tâche, si depuis lors, ayant acquis certains doutes sur la justesse de la présente législation, je n'avais pas exprimé ces doutes. Je prétends que bien que l'on puisse découvrir des défectuosités dans quelques-unes des dispositions du projet de loi, il est possible de les faire disparaître en rédigeant de nouveau certains articles. L'avant-projet de loi est entre les mains du ministère de la Justice pour étude, et à l'exception de trois ou quatre articles qui seront peut-être rédigés de nouveau et certains autres retranchés, aucune faute capitale n'a été trouvée. Un nouveau rapport du ministère de la Justice est attendu incessamment.

Monsieur le président, il est admis depuis longtemps, que les questions d'hygiène publique et d'assurance relèvent entièrement des provinces. Ce fait a été confirmé d'une manière définie en 1935, par une décision de la Cour suprême relativement à une certaine législation adoptée par le parlement du temps et qui comprenait la Loi sur le placement et les assurances sociales. Vous vous rappellerez que la Cour suprême a refusé d'admettre la validité de cette loi qui empiétait sur les droits des provinces (1936 S.C.R. 427) et ce jugement fut confirmé par le comité juridique du Conseil privé. Il convient, je crois, de faire remarquer que chaque province s'est occupée exclusivement de ces questions d'hygiène et d'assurance, chacune dans son domaine, et en ce qui concerne l'hygiène, chaque province a mis sur pied un organisme et a formé un personnel expérimenté pour s'occuper des questions touchant l'hygiène publique.

Gardant ceci en vue, le comité consultatif a élaboré un plan national d'assurance-maladie obligatoire suivant les méthodes maintes fois éprouvées de la coopération entre le fédéral et les provinces. Il n'a pas craint de recommander cette manière d'agir pour la simple raison que la présente coopération entre le fédéral et les provinces peut facilement être augmentée, développée et étendue aux domaines de l'hygiène et de l'assurance. Le projet de loi permettra donc au fédéral de conclure avec les provinces des ententes en vertu desquelles, le fédéral accordera, pour certaines fins, subventions annuelles aux provinces. Ces fins se divisent en deux classes. La première concerne le maintien, l'amélioration et l'expansion des services ordinaires d'hygiène publique, et la deuxième, l'inauguration et la mise en application par la province d'un plan d'assurance-maladie satisfaisant pour le fédéral. Une subvention ne peut être accordée pour une fin en particulier sans qu'une autre ne soit accordée pour l'autre fin.

Les conditions concernant l'octroi d'une subvention pour fin d'hygiène publique sont d'un caractère général et sont exposées très clairement dans la première annexe au projet de loi. On constatera que pour la plupart des provinces, ces conditions existent déjà et la seule préoccupation du fédéral, dans les circonstances, sera de veiller à ce qu'elles soient maintenues et, si la chose devient nécessaire, à ce qu'elles soient étendues afin de les coordonner avec les services de l'assurance-maladie. Les autres conditions sont celles qui ont trait à l'assurance-maladie; étant nouvelles et importantes, et servant de base à tout accord conclu avec une province, on a cru bon de les prévoir dans une loi spéciale de la province. Par conséquent, un avant-projet de loi provincial sur l'assurance-maladie a été préparé et il constitue la deuxième annexe du projet de loi fédéral. Il sert de directive aux provinces relativement aux exigences du fédéral, mais il ne doit pas nécessairement être adopté dans la forme où il a été conçu, la substance étant suffisante. (Voir article 4)

Les octrois annuels pour les services d'hygiène publique doivent être une proportion définie, fixée par la loi, des sommes dépensées annuellement par la province pour le maintien de ces services; mais les octrois pour l'assurance-maladie doivent être au prorata du chiffre de la population. Le montant sera fixé comme étant une part du coût *per capita* de l'assurance-maladie après que ce coût aura été évalué aussi exactement que possible et convenu par les parties à l'accord. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que ces octrois ne sont accordés qu'aussi longtemps que le fédéral est convaincu que la province intéressée se conforme à l'accord à tous points de vue.

Le projet de loi fédéral décrète que ses dispositions seront appliquées par le ministère des Pensions et de la Santé nationale et prévoit l'institution d'un Conseil national de l'assurance-maladie, comprenant le Directeur fédéral de l'assurance-maladie, le sous-ministre de la Santé de chaque province où existe un plan d'assurance, le fonctionnaire administratif en chef de l'assurance-maladie de chaque province, les représentants des diverses organisations particulièrement intéressées, telles que le travail, l'agriculture, les sociétés féminines et les pro-

fessions qui fournissent les services. Ces personnes, à l'exception des fonctionnaires du gouvernement fédéral, sont nommées par le Gouverneur en conseil.

Des dispositions y sont également prises pour la réception par le ministre des Pensions et de la Santé nationale, de rapports courants et annuels venant des provinces et pour le dépôt à la Chambre par le Ministre, d'un rapport annuel renfermant des renseignements complets sur les opérations de l'année écoulée ainsi que des copies des règlements adoptés en vertu de la Loi, au cours de l'année.

Passons maintenant à l'avant-projet de loi concernant l'assurance-maladie, c'est-à-dire le projet de loi provinciale; cet avant-projet admet aux prestations d'assurance-maladie toutes les personnes dont le lieu normal de résidence se trouve dans la province.

Le coût de ces prestations est soldé en partie au moyen des contributions versées par les personnes assurées ou pour leur compte, et en partie au moyen des subsides fédéraux. Les affiliés au projet peuvent être divisés sommairement en deux classes, les affiliés assurés et les affiliés employés. Le mot "affilié" ne comprend pas les enfants. Cela ne veut pas dire, toutefois, que les enfants n'ont pas droit aux prestations d'assurance. En principe, le projet veut que le taux des contributions appropriées pour les adultes soit déterminé de façon à couvrir le coût des prestations pour la population enfantine des provinces. La contribution des personnes à la charge d'un affilié, autres que les enfants, sera acquittée par l'affilié intéressé, soit en totalité, soit en proportion du degré de dépendance, compte tenu de sa capacité de payer.

Dans le but d'avoir, en tout temps, un registre complet des personnes admissibles aux prestations, l'avant-projet de loi prévoit l'immatriculation de ces personnes. Un autre but de cette immatriculation est de permettre aux autorités de l'assurance, qui dans l'avant-projet de loi constituent la "commission", de cotiser toutes les personnes, sauf celles qui sont employées, afin de déterminer si ces personnes devront payer la contribution entière elles-mêmes ou si cette contribution ou une partie sera payée par la province. Aux fins de cette immatriculation, le projet de loi prescrit que chaque personne demeurant dans les limites de la province, à l'exception des personnes employées, doit chaque fois qu'elle en est requise, mais jamais plus qu'une fois l'an, adresser à la Commission une déclaration selon la formule prescrite. Cette déclaration contiendra des renseignements sur le revenu et les propriétés de telle personne.

Quant aux affiliés employés, leurs contributions seront, chaque jour de paye, déduites, suivant le taux déterminé, par l'employeur, qui les fera parvenir à la Commission. Si l'employé ne gagne pas un salaire suffisant pour payer la contribution entière au taux déterminé, l'employeur doit verser lui-même la différence. Les personnes cotisées comprendront celles qui ne travaillent pas pour un salaire, un traitement ou rémunération semblable, et leurs contributions seront déterminées par le revenu et les propriétés mentionnés dans la déclaration annuelle. Afin qu'il n'existe aucun doute, je puis dire à ce moment, que l'avant-projet de loi prévoit, comme contributions annuelles de ces personnes, un pourcentage fixe de leur revenu jusqu'à une certaine limite jugée suffisante par la Commission pour couvrir le coût de l'assurance, et pour ce qui est des personnes à faible revenu, tout montant que la Commission estimera équitable.

Dans l'avant-propos de loi, des dispositions sont prévues pour établir le revenu des personnes qui ne sont pas salariées, et pour définir, naturellement, la méthode de fixer la contribution de ceux qui sont incapables de s'en acquitter en totalité. Comme la chose vient d'être mentionnée, la déclaration annuelle permet de dresser un état complet du revenu et des propriétés, mais la personne qui remplit une telle déclaration n'est pas tenue de fournir l'état de son revenu et de ses propriétés, si elle sait qu'elle doit payer la contribution au complet. Elle peut, à son gré, envoyer le rapport sans ces détails et faire remise en même temps du plein montant de sa contribution.

Pour ce qui est des personnes cotisées, c'est-à-dire, les personnes non salariées, s'il est constaté que leurs revenu et propriétés ne suffisent pas pour motiver le paiement entier de la contribution, elles ne seront appelées qu'à en payer une partie qui sera déterminée par le rapport entre leur revenu réel et le revenu maximum requis pour établir la contribution régulière. La différence sera payée par la province. Ainsi, la Commission pourra s'occuper de cas d'indigence ou de quasi-indigence sans que des dispositions spéciales soient incorporées dans la loi à cet égard. Les rédacteurs de l'avant-projet ont pris grand soin d'éviter l'emploi du mot "indigent".

Je n'ai pas à m'attarder sur les questions d'évaluation et de contribution car, dans le mémoire qu'il a présenté, à la séance du 19 mars (paragraphes 15 à 28 inclusivement), M. Watson a expliqué le fonctionnement du bill.

Le projet de loi prescrit la création d'une Caisse d'assurance-maladie dans laquelle seront déposées les sommes provenant des contributions versées par les assurés ou pour des personnes assurées, les subventions du gouvernement fédéral ainsi que toutes les sommes payables par la province. La Caisse sera administrée par la Commission, conformément aux dispositions de la Loi, et les sommes payables en seront retirées sur demande faite par la Commission au Trésorier provincial.

Quant aux prestations disponibles, elles ont été établies aussi libérales et complètes que possible et elles seront reparties uniformément par toute la province. Il n'est pas fait de distinction entre les centres urbains et les centres ruraux, mais la Commission peut, au moyen d'une clause dérogatoire insérée dans la loi [art. 33 (3),] varier ou modifier le plan pour les districts éloignés et leur accorder les prestations qu'elle peut estimer raisonnables. Mais en vue d'effacer toute impression contraire, je m'empresse d'insister sur le fait que, pour toutes les localités rurales organisées, les prestations seront les mêmes que pour les districts à population dense, et qu'elles s'appliqueront de la même façon. Elles comprennent les prestations médicales, chirurgicales et obstétricales (y compris services de spécialistes et traitements spéciaux), les prestations pharmaceutiques, les services de gardes-malades, et les prestations hospitalières. Quant aux services dentaires, ils seront fournis dans la mesure où les dentistes de la province pourront répondre à la demande. Au début, il se peut que ces services soient limités aux enfants.

Toutes ces prestations seront disponibles par toute la province en vertu d'arrangements qui seront conclus avec les professions ou les services intéressés et suivant les principes bien établis de la pratique. Les arrangements conclus deviendront alors des règlements et, comme tels, feront partie des rouages administratifs.

Comme je l'ai déjà indiqué, le projet de loi prévoit l'administration par une Commission. Le comité a choisi ce mode d'application de la loi pour les raisons qui ont déjà été données, mais il n'est aucunement lié à quelque mode particulier d'application et il se rend compte que dans certains cas, le mode choisi peut ne pas être jugé satisfaisant. Toutefois, le mode de fonctionnement établi pour la Commission pourrait facilement convenir au ministère d'Hygiène publique du gouvernement, si tel est le désir d'une ou de toutes les provinces. Le nombre des membres de la Commission n'est pas délimité, mais le projet de loi prévoit une Commission se composant de plusieurs personnes, le président étant le seul membre permanent touchant un traitement. La Commission au complet ne siègera qu'occasionnellement; elle s'occupera des problèmes et adoptera des règlements de la même façon que le Parlement qui se réunit pour étudier les affaires de l'Etat et adopter des lois. Les règlements adoptés par la Commission seront soumis à l'approbation du Lieutenant-Gouverneur en conseil et devront être conformes aux conditions moyennant lesquelles le fédéral accorde son aide.

Le projet de loi prescrit la division de la province en régions d'assurance-maladie qui coincideront avec les régions de santé publique. On espère faciliter ainsi l'adoptation des activités et des rouages du service d'hygiène publique au plan de l'assurance-maladie.

Le projet de loi permet également la solution expéditive des divers problèmes concernant l'administration et le règlement des litiges. Il permet aussi l'appel des décisions rendues par les comités intéressés et dans certaines questions importantes concernant les droits de l'individu, l'appel devant les tribunaux. Il prescrit l'inspection de tous les services se rapportant à l'application de la Loi. Certains articles définissent les infractions ainsi que la procédure légale à suivre. Ces questions peuvent ensuite être traitées au moyen de règlements.

Les règlements adoptés en vertu de la Loi projetée peuvent être assez larges pour englober tous les points que la Loi passe sous silence. Naturellement tous les règlements sont soumis à l'approbation du Lieutenant-Gouverneur en conseil et, comme je l'ai déjà dit, ils ne doivent pas venir en conflit avec les termes de l'entente conclue entre la province et le Dominion, ni nuire à ceux-ci.

Jusqu'à présent, mes remarques se sont plus ou moins bornées aux aspects juridiques mais avec votre permission, monsieur le président, je tiendrais maintenant à traiter brièvement d'une ou de deux questions qui ont fait l'objet de discussions ou de mémoires devant votre Comité et qui de loin se rattachent à l'aspect juridique.

L'une des plus importantes est le mode d'application qui sera adopté par les provinces. Les autorités d'hygiène des diverses provinces se sont déclarées en faveur de l'application par les ministères de Santé, et comme alternative ou second choix, par une Commission subordonnée à ce ministère. Dans chaque cas, toutefois, il y aura un comité consultatif en matière d'assurance-maladie. C'est un des aspects de la question. L'autre, le mode d'application par une Commission, a été également présenté. J'ignore si votre Comité se prononcera en faveur de l'une à l'exclusion de l'autre, mais il est évident que si le fédéral insiste pour un mode d'application qui n'est pas acceptable pour la province, il s'ensuivra que l'assurance-maladie subventionnée par le pouvoir fédéral ne pourra pas être inaugurée dans cette province. Le comité consultatif s'est occupé de cette question; il lui a fallu dresser un plan pour soumission aux provinces, mais il a fait en sorte que le projet soit assez flexible pour répondre aux besoins raisonnables des provinces. L'article 4 du projet de loi fédéral prescrit que la législation d'assurance-maladie provinciale doit se conformer aux dispositions énoncées dans l'avant-projet de loi provincial (deuxième annexe) "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 agréer comme mesure pratique satisfaisante d'assurance-maladie pour la province". Comme avocat, je peux me permettre d'exprimer l'opinion que ceci est assez large pour comprendre le mode d'application. Ce n'est pas de "substance" du plan d'assurance.

Pour apaiser les craintes que pourraient entretenir les autorités d'hygiène provinciales en ce qui concerne l'application par une commission, je me permets de mentionner que la Commission décrite dans l'avant-projet de loi.

(*a*) est nommée par le Lieutenant-Gouverneur en conseil [35 (1)],
(*b*) a un président qui doit être un docteur en médecine [35 (2)],
(*c*) comprend le directeur provincial de la Santé qui est membre ex officio [35 (3)],
(*d*) confiera le poste de chef de l'exécutif à son président [36 (1)],
(*e*) doit faire approuver ses règlements par le Lieutenant-Gouverneur en conseil [56 (3)],
(*f*) sera tenue par la loi de coopérer avec les autorités d'hygiène publique dans l'intérêt de l'hygiène publique [42 (2)],
(*g*) doit soumettre son rapport annuel au ministre de la Santé [57 (1)],
(*h*) doit s'adresser au gouvernement par l'intermédiaire du ministre de la Santé (59).

Si on s'en tient à ce qui précède, il semblerait que la Commission soit en grande partie sous le contrôle gouvernemental et ministériel. Je puis ajouter qu'il n'y aurait pas d'objection sérieuse à ce que le gouvernement provincial impose les autres contrôles qu'il estimera utiles.

Permettez-moi de vous réitérer que je ne plaide pas en faveur de l'administration par une commission, surtout si ce mode implique une dérogation au principe du gouvernement responsable.

Un autre point soulevé dernièrement a trait à l'inclusion ou à l'exclusion des plans d'assurance mis en vigueur par des sociétés industrielles et commerciales. Il ne m'appartient pas d'en traiter s'il doit faire l'objet d'une question de principe. Je puis dire, cependant, que dans sa portée, le projet de loi vise toute la population de la province et qu'il prévoit la mise à contribution de toutes les facilités existantes dans le but d'accorder aux résidents les prestations de nature préventive et d'assurance contre la maladie. Je le répète, ces questions sont du ressort des provinces. Ceux qui auront à décider d'exclure les plans d'assurance-maladie privés, devront, entre autres choses,

(*a*) faire une analyse détaillée des prestations des divers plans d'assurance-maladie privés et les comparer avec les prestations offertes par le plan public;

(*b*) comparer le coût de ces prestations avec le coût de celles prévues par le plan public;

(*c*) obtenir des bénéficiaires des plans privés une opinion exprimée librement;

(*d*) examiner la responsabilité financière des auteurs de ces plans privés et la stabilité financière de tels plans;

(*e*) étudier l'effet immédiat et futur des plans privés sur le financement de l'assurance publique;

(*f*) juger la valeur de tout plan privé en particulier comme faisant partie du plan général en vue de la réduction et de l'élimination ultime d'un grand nombre de maladies;

(*g*) décider si les installations ou l'effectif de tel plan privé en particulier peuvent être utilisés avantageusement pour l'avancement du plan général.

La même attention, à des degrés différents, doit être donnée aux sociétés d'assurance-maladie et d'assurance-accidents qui opèrent à bénéfice, ou suivant un plan de mutualité sans bénéfices comme dans le cas d'organisations fraternelles ou autres analogues.

Une autre question qui parait créer un certain degré de malentenu a trait aux comités représentant les professions et les hôpitaux. Qu'il me soit permis de dire que suivant les termes du projet de loi, la Commission n'est pas tenue légalement de reconnaître tel ou tel comité, même si la Commission a le preuve qu'un tel comité rempilt les conditions nécessaires, savoir; qu'il représente la profession intéressée ou les hôpitaux, ou qu'il est autorisé, suivant le cas, à exprimer les vues de ses mandataires. Les dispositions du projet de loi sont facultatives, mais si la province le désire, elle peut les rendre obligatoires. Toutefois, le projet de loi impose une telle obligation à la Commission en ce qui concerne les comités nommés par les dentistes et les pharmaciens qui prétendent avoir dans chaque province, un corps représentatif désigné en vertu d'un statut. Quoi qu'il en soit, il existe un autre problème: comment obtenir des professions et des hôpitaux l'unanimité qui permettra à la province de démontrer au gouvernement fédéral que son plan d'opération est pratique?

Je me permets d'insister sur le fait que l'avant-projet de loi n'est pour ainsi dire qu'une carte destinée à guider la province et l'aider à arriver à destination. Le projet de loi lui-même indique comment procéder en vue d'éviter les questions sujettes à discussion.

Il n'est probablement pas nécessaire d'ajouter que le projet de loi n'est pas définitif. J'admets immédiatement qu'un grand nombre de points peuvent être améliorés. Même depuis que le projet de loi a été soumis à votre Comité, monsieur le président, le Comité consultatif a continué de l'étudier et des modifications sont prêtes à être soumises à votre Comité. Ces modifications ne changent pas l'essence du projet de loi, mais elles ont pour but d'en perfectionner le mode d'application. Sans doute, de nombreuses et importantes suggestions seront offertes au cours de la discussion devant le Comité parlementaire.

Avant de reprendre mon siège, monsieur le président, me serait-il permis, afin de corriger une erreur, de faire mention du projet de loi sur l'aptitude physique nationale, pour attirer l'attention de votre Comité sur une légère erreur qui s'est glissée dans un de ses articles. L'honorable Ministre m'a autorisé à vous signaler ce fait à la première occasion. Comme il a été question à plusieurs reprises du projet de loi sur l'aptitude physique nationale au cours de la discussion et que des témoins ont été entendus sur ce sujet, il est préférable que je signale immédiatement cette erreur au lieu d'attendre que le projet de loi soit étudié en détail.

Les instructions primitives du Ministre, qui n'ont jamais varié sur ce point, voulaient que la part du coût à assumer par le gouvernement fédéral soit, sous réserve des limites imposées par le chiffre de la population, fixée à la moitié des dépenses annuelles contractées par la province pour l'exécution du plan approuvé. En transmettant ces instructions au rédacteur du projet de loi, une erreur s'est malheureusement glissée, de sorte que l'article 7 ne rend pas exactement l'intention du Ministre.

Il sera donc nécessaire de modifier cet article 7 en biffant tous les mots figurant après le mot "recensement", là où il paraît pour la dernière fois, et les remplacer par les suivants:

> "ni un montant égal à la moitié des deniers réellement dépensés par cette province pour l'exécution de ce plan, suivant le montant le moins élevé:"

J'espère que cette explication aura pour effet d'éviter les conclusions qui pourraient être tirées de la rédaction actuelle de cet article. Je puis également ajouter qu'il s'est glissé une erreur typographique à l'article 9 où, mentionnant un statut, on fait allusion à 1941 au lieu de 1931.

Le PRÉSIDENT: A-t-on des questions à poser?

M. Lalonde:

D. Le ministère a-t-il reçu des interprétations juridiques du bureau du procureur général des diverses provinces en ce qui concerne soit le projet de loi fédéral, soit le projet de loi provincial?—R. Pas à ma connaissance, monsieur.

D. Dois-je comprendre que les règlements établis par les provinces devront recevoir l'approbation du gouvernement fédéral avant d'entrer en vigueur?—R. Oui, monsieur.

D. Ainsi, une province ne peut pas, elle-même, établir un règlement sans l'approbation du fédéral?—R. Non, si elle désire recevoir l'aide du fédéral.

D. Je veux parler du projet de loi provincial.—R. La province doit se conformer aux exigences du projet de loi fédéral avant de recevoir de l'aide pour l'exécution du plan d'assurance-maladie. Est-ce que sela répond à votre question?

D. Oui. Il est possible qu'une province soumette à l'approbation du fédéral, un règlement qui ne serait pas accepté par les autorités fédérales.—R. C'est possible.

D. Dans ce cas, les autorités fédérales peuvent opposer un refus aux autorités provinciales, et le projet de loi ne peut pas être exécuté dans cette province?—R. C'est exact.

M. Maybank:

D. Le projet de loi provincial doit se rapprocher le plus possible du projet qui figure dans la loi. Une fois le projet de loi provinciale approuvé, il ne serait pas nécessaire que les règlements soient approuvés par le fédéral, s'ils sont conformes à la loi provinciale?—R. Non, pourvu que le plan soit applicable. Nous nous attendons à ce que le fédéral soit mis au courant des règlements qui doivent être adoptés. Il faudra inévitablement plusieurs mois, probablement un an ou plus pour établir des règlements dans une province, et c'est l'intention du Comité consultatif, durant tout ce temps, d'établir un contact étroit entre le Dominion et les provinces. Cela aura pour effet d'empêcher une province d'élaborer un projet sans savoir s'il recevra l'approbation du fédéral.

M. Howden:

D. Cela signifie-t-il que la province doit se conformer à la dernière annexe de la loi fédérale avant de pouvoir obtenir de l'aide?—R. Les termes de la loi sont en substance les mêmes,—ils sont couchés dans les mêmes termes que dans l'annexe de la Loi; je veux dire le projet de loi provincial.

M. Maybank:

D. Voici ma question: ayant adopté une loi acceptable par le pouvoir fédéral la province n'aurait pas, si elle désire apporter des modifications aux divers règlements d'exécution adoptés de temps à autre, à faire approuver ces modifications par le gouvernement fédéral?—R. Non.

D. Il suffira qu'elle s'en tienne aux termes de sa propre loi?—R. C'est tout. L'autorité fédérale approuve le plan principal et c'est la province intéressée qui voit à l'exécution des détails.

D. Par conséquent, aucune province n'a à craindre des pèlerinages continuels à Ottawa, pour faire mettre des points sur les i?—R. Non.

M. Shaw:

D. Si j'ai bien compris, le témoin n'en tient pas pour l'application de la Loi par une commission, et il a indiqué l'autorité conférée au ministre de la Santé de la province à l'endroit d'une commission. Je me demande si M. Gunn pourrait développer ce point? Quelle serait exactement l'autorité d'une telle commission, compte tenu ou abstraction faite du ministre de la Santé, en ce qui concerne les mesures législatives que cette commission peut adopter? Pour être plus clair, je peux m'exprimer ainsi: la Commission aura-t-elle le pouvoir d'édicter des règlements?—R. Sous réserve de l'approbation du Lieutenant-gouverneur en conseil.

L'hon. M. MACKENZIE: Article 56.

M. SHAW: Je n'ai pas le projet de loi devant moi.

M. Wright:

D. Y aurait-il quelque difficulté constitutionnelle si le fédéral insistait pour que les lois provinciales comprennent toute la population de la province; c'est-à-dire pour qu'il n'y ait pas de délimitation de salaire dans la loi?—R. Je ne crois pas, monsieur; le ministère de la Justice n'a pas mentionné ce point dans son étude du projet de loi; il n'a pas soulevé cette difficulté.

D. Il serait donc constitutionnel pour le pouvoir fédéral d'insérer une clause à l'effet que le projet de loi provincial doit comprendre tout le monde?—R. Pour ce qui concerne le droit du fédéral, je doute fort que le fédéral aille jusque là; mais la province a ce droit, comme vous le savez. Suivant la Loi fédérale, on espère que tout le monde sera compris.

D. Il serait inconstitutionnel, n'est-ce pas, si le Dominion insistait pour que ce soit une des conditions de la Loi provinciale?—R. Je ne suis pas prêt à dire cela. Le pouvoir fédéral peut prendre la position qu'il veut. Il n'a pas à donner

ses deniers aux personnes qui ne se conforment pas aux conditions posées. Après tout, le fédéral donne des sommes considérables aux provinces et il ne donne ces sommes que sur conditions, et une d'elles peut bien être que toute la population soit incluse dans le projet.

M. HOWDEN: Le fédéral a laissé la porte ouverte.

Le TÉMOIN: Naturellement, il s'agit d'une question de principe. Il n'y a rien dans le projet de loi fédéral qui insiste...

M. Wright:

D. Serait-il constitutionnel pour le Dominion d'insister pour un tel article? —R. Je ne suis pas prêt à vous donner de réponse catégorique sur ce point, monsieur.

D. Pourriez-vous avoir une réponse? Pourriez-vous obtenir une réponse du ministère de la justice?—R. Mon opinion personnelle est que la chose serait inconstitutionnelle, mais la question n'est pas soulevée ici, si je puis ainsi dire. Je pourrais dire qu'il s'agit d'une définition d'attitude de la part du gouvernement du jour. Si le gouvernement d'aujourd'hui disait simplement: Nous allons fournir assez d'argent du fédéral pour comprendre toute la population d'Ontario ou de toute autre province, je suis porté à croire qu'il a le droit de prendre cette attitude.

M. Shaw:

D. Personne n'a le droit de percevoir les contributions dans cette province: ni la commission fédérale, ni le gouvernement—R. Non, pas du tout.

M. Johnston:

D. Qu'arriverait-il si une province s'objectait à percevoir les contributions des particuliers, sous prétexte qu'elle verse des contributions directes en vertu de la taxation fédérale, qu'elle est forcée de faire une contribution qu'elle accepte la politique nationale ou non? En somme, le fédéral contribue à même son revenu —la moitié—et son revenu provient de toutes les provinces. Par conséquent, une province est forcée de contribuer à la subvention fédérale versée aux autres provinces, et elle peut décider de ne pas participer au projet.—R. Existe-t-il une obligation de la part du pouvoir fédéral d'accorder une subvention à une province pour fins d'assurance-maladie? La chose ne se résume-t-elle pas à cela? Existe-t-il une obligation légale de la part du pouvoir fédéral d'accorder une subvention à une province pour l'assurance-maladie?

D. Je ne le crois pas; cependant si une province ne bénéficiait pas de ce plan quand toutes les autres y participent, quelle serait le position de cette province?

L'hon. M. MACKENZIE: Une telle situation n'existe-t-elle pas en ce qui concerne la pension de vieillesse.

M. JOHNSTON: Oui, la situation est analogue, mais le point est là tout de même.

M. MAYBANK: Lorsque Québec n'adopta pas la pension de vieillesse, on n'a jamais prétendu que le fédéral n'avait pas le droit d'accorder des subventions à même le revenu consolidé, dont une partie provenait de la province de Québec qui n'avait pas adopté la pension de vieillesse. Aucune province ne peut imposer de restriction au pouvoir fédéral quant à l'emploi du revenu consolidé.

M. SHAW: J'ai une autre question à poser, monsieur le président. En supposant que toutes les provinces participent au plan, elles devront taxer tous les individus suivant l'échelle établie; mais vous n'êtes pas en mesure de garantir les services, disons à ceux qui se trouvent dans les districts très éloignés ou un peu moins éloignés. Est-ce l'intention de percevoir de ces gens, le montant a recouvrer, disons, des gens qui habitent des villes où tous les services sont disponibles.

Le TÉMOIN: La réponse serait la suivante: il est laissé entièrement à la discrétion de la province de percevoir ce qui convient, des gens qui ne reçoivent pas toutes les prestations ou qui ne peuvent pas bénéficier de tous les services, par suite du fait qu'ils résident dans des districts éloignés.

M. SHAW: Vous pourriez vous attendre à une certaine somme de la part des provinces, suivant le chiffre de la population et laisser les provinces la fournir?

Le TÉMOIN: Oui.

M. SHAW: Dois-je comprendre qu'il appartient à la commission, dans chaque province, de taxer les gens comme elle le juge à propos?

Le TÉMOIN: Avec l'approbation du Lieutenant-gouverneur en conseil.

M. MAYBANK: D. Quelle loi s'occupe la population flottante? Voilà une question qui nous causera de l'embarras. Supposons que le Manitoba décide de participer au plan et la Saskatchewan de ne pas y participer, que le Manitoba perçoive de l'argent de gens vivant au Maintoba pendant une courte période et qui retourneront ensuite en Saskatchewan. Ce sont de tels déplacements qui ont compliqué la loi des accidents du travail et celle de l'assurance-chômage. Quelle loi, en fin de compte, règle la question de domicile?—R. La loi provinciale est celle qui résout la difficulté. Bien qu'un article s'occupe de cette question d'une manière générale, on s'en rapporte aux règlements, aux circonstances qui nécessitent des arrangements réciproques entre les provinces.

D. Nous nous trouverons peut-être dans la situation où nous nous sommes trouvés eu égard à la pension de vieillesse, alors que nous avons essayé d'uniformiser les règlements.—R. Dans une situation analogue, j'imagine.

M. Wright:

D. Je n'ai pas d'exemplaire de la Loi, mais je crois que l'on y dit que si une province se conforme à certains règlements établis par le fédéral ou par la Commission fédérale, le fédéral peut payer une partie du coût. Est-ce que "peut payer" veut dire "devra payer"—R. Je suis porté à croire qu'il en est ainsi, monsieur.

D. Votre "Je suis porté à croire" ne me satisfait pas. Est-ce que cela veut dire "devra payer".

M. Lalonde:

D. La question a été soulevée en Chambre il y a quelques années.—R. Il m'est difficile de dire catégoriquement oui ou non. Quelques fois, "peut" est facultatif seulement, mais lorsqu'il s'agit d'un devoir imposé à une personne, une corporation ou un gouvernement, l'interprétation ordinaire est qu'il y a obligation; dans le cas, il faudrait lire "devra".

D. Dans le cas actuel, il faudrait lire "devra".—R. Peut-être.

M. Blanchette:

D. Me reportant à la question posée antérieurement par M. Lalonde, puis-je demander au témoin, si jusqu'à présent des provinces ont fait des commentaires ou ont montré de l'opposition au sujet de la rigidité de l'avant-projet de loi en ce qui concerne les règlements projetés que la province voudrait établir?—R. Pas à ma connaissance.

M. LALONDE: La question de "peut" et "devra" a été étudiée en Chambre il y a quelques années.

Le PRÉSIDENT: Question linguistique.

M. LALONDE: Dans la Loi alors à l'étude, M. Lapointe a déclaré que "peut" pouvait s'interpréter légalement par "devra".

Le PRÉSIDENT: C'est exact.

M. JOHNSTON: Alors la loi devrait être rédigée en termes compréhensibles.

Le PRÉSIDENT: C'est très difficile.

L'hon. M. MACKENZIE: C'est pourquoi on ne le fait pas.

Le PRÉSIDENT: Il est très difficile, monsieur Johnston, de comprendre le jargon légal; c'est du moins mon avis. Y a-t-il d'autres questions?

M. SHAW: Lorsque nous discuterons le projet de loi, ces messieurs seront sans doute présents.

Le PRÉSIDENT: Oui.

M. SHAW: Avons-nous entendu toutes les demandes?

Le PRÉSIDENT: La Légion canadienne désirerait être entendue. Nous pourrions l'entendre, je crois, à la prochaine réunion.

M. SHAW: Vous n'avez pas rejeté de demandes?

Le PRÉSIDENT: Non. Nous allons ajourner jusqu'à convocation du président.

Le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 26

SÉANCE DU MARDI 6 JUILLET 1943

TÉMOINS:

M. Gilbert Layton, président de la *Canadian Federation of the Blind.*
M. J. T. Heggie, M.A., membre de l'exécutif et principal de l'Ecole des aveugles, Montréal.
Mme Mary Fitzsimmons, présidente de la section de Hamilton, C.F.B.
M. A. E. Pettapiece, président de la section de Regina, C.F.B.
M. P.-A. Brisebois, administrateur général, Association canadienne-française des aveugles.
M. J.-A. Globensky, président de l'Association canadienne-française des aveugles.
Le lieutenant-colonel W. C. Nicholson, premier vice-président de la Légion canadienne, B.E.S.L.
Le capitaine George Kermack, représentant de la Division impériale, B.E.S.L.

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAUX

Le MARDI 6 juillet 1943.

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

Présents: MM. Bruce, Côté, Donnelly, Fauteux, Gershaw, Gregory, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McGarry, McGregor, Shaw, Slaght et Wood—17.

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 des Assurances; et M. W. S. Woods, sous-ministre associé des Pensions et de la Santé nationale.

M. Gilbert Layton, président de la *Canadian Federation of the Blind*, est appelé. Il présente les personnes suivantes, déléguées de l'association précitée:

Mme Mary Fitzsimmons, présidente de la section de Hamilton, C.F.B.;

Mme Alice Cadman, secrétaire de la section de Hamilton, C.F.B.;

M. George Medcock, président de la section de Montréal, C.F.B.;

M. J. T. Heggie, M.A., membre de l'Exécutif fédéral et principal de l'Ecole des aveugles, Montréal;

M. A. E. Pettapiece, président de la section de Regina, C.F.B.;

M. P.-A. Brisebois, administrateur général, Association canadienne-française des aveugles, Montréal;

M. J.-A. Globensky, président de l'Association canadienne-française des aveugles.

M. Walter Clayton, directeur de la section de Toronto, C.F.B.;

Mme William Warton, ancienne secrétaire de la section de Montréal, C.F.B.

M. Layton présente un mémoire et est interrogé par les membres du Comité.

Sont aussi appelés et interrogés, les témoins suivants: M. Heggie, Mme Fitzsimmons, M. Brisebois et M. Globensky.

Le président remercie les témoins et ceux-ci se retirent.

Le lieutenant-colonel W. C. Nicholson, premier vice-président de la Légion canadienne, *British Empire Service League*, est appelé. Il présente les délégués suivants de la B.E.S.L.:

M. J. C. Herwig, secrétaire général;

M. Richard Hale, directeur des pensions; et

Le capitaine George Kermack, représentant de la Division impériale.

Le colonel Nicholson présente ensuite un mémoire, puis il est interrogé et se retire.

Le capitaine Kermack est appelé. Il présente un mémoire et se retire après avoir été interrogé. Il produit copie des documents suivants:

Mémoire de la Division impériale présenté, en mai 1941, au Comité spécial chargé des questions relatives aux anciens combattants;

Mémoire préparé en septembre 1941 par la Division impériale et se rapportant au nombre des Impériaux résidant au Canada qui, aux termes de propositions soumises, bénéficieraient de la Loi des allocations aux anciens combattants;

Résumé de la situation, préparé en mars 1943 par la Division impériale.

Le témoin se retire.

Le président remercie les témoins et à une heure de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le jeudi 8 juillet, à 11 heures du matin.

Le secrétaire du Comité,

J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

CHAMBRE DES COMMUNES,

Le 6 juillet 1943.

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

Le PRÉSIDENT: Ce matin, nous allons d'abord entendre des représentants de la *Canadian Federation of the Blind*, et je prierai M. Gilbert Layton de présenter les représentants de la Fédération ainsi que le mémoire.

M. GILBERT LAYTON, président fédéral de la *Canadian Federation of the Blind* est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre, mesdames et messieurs, nous avons ici aujourd'hui des représentants de certaines sections de la *Canadian Federation of the Blind*, établies dans différentes parties du Canada. Je les nommerai: Mme Mary Fitzsimmons, présidente de la section de Hamilton, C.F.B.; Mme Alice Cadman, secrétaire de la section de Hamilton, C.F.B.; Mme William Warton, ancienne secrétaire de la section de Montréal; M. George Medcock, président de la section de Montréal; M. J. T. Heggie, M.A., membre de l'Exécutif fédéral et directeur de l'Ecole des aveugles à Montréal; M. A. E. Pettapiece, président de la section de Régina; M. P.-A. Brisebois, administrateur général de l'Association canadienne-française des aveugles, à Montréal; M. J.-A. Globensky, président de l'Association canadienne-française des aveugles, à Montréal; M. Walter Clayton, directeur de la section de Toronto, C.F.B.; et M. Johnston.

Monsieur le président, mesdames et messieurs, permettez-moi de remercier d'abord ce Comité de bien vouloir tenir une séance supplémentaire afin de permettre à la *Canadian Federation of the Blind* de comparaître.

Comme il existe en notre pays un grand nombre d'organismes pour les aveugles ou composés d'aveugles, il serait bon de mettre le Comité au courant des conditions dans lesquelles se trouvaient les aveugles au Canada avant 1926, et de ce que la *Canadian Federation of the Blind* a accompli depuis sa fondation cette année-là, ce qu'elle représente, et ce qu'elle est pour les aveugles de ce pays, aujourd'hui. Avant 1908 rien n'avait été fait pour les enfants aveugles de langue anglaise dans la province de Québec, et dans tout le Canada il n'y avait que trois écoles, c'est-à-dire: l'Institut Nazareth à Montréal; l'Ecole d'Ontario, à Brantford; et la troisième école à Halifax. A Montréal, quelques jeunes Anglais aveugles étaient envoyés à un institut pour les sourds-muets où ils recevaient leur instruction et leur formation avec cette autre classe d'enfants désavantagés. Il est inutile de réfléchir longuement pour se rendre compte que les aveugles étaient extrêmement désavantagés quant à l'instruction reçue dans de telles conditions. Les classes où l'on ménage la vue des élèves étaient inconnues, et chaque année il naissait un grand nombre d'enfants aveugles, dont on aurait pu préserver la vue par un simple traitement médical.

Il est encore plus remarquable de constater que l'on ne faisait absolument rien au Canada pour aider les aveugles adultes. Quelques-uns, diplômés d'une école, réussissaient à gagner leur vie comme professeurs de musique, organistes ou accordeurs de pianos. Mais on ne se souciait pas du plus grand nombre qui se laissaient aller et finissaient par dépendre d'amis ou de parents ou par mendier dans les rues. Plusieurs ont même été placés dans des hospices pour les incurables. Bref, le Canada restait bien en arrière des autres pays pour le traitement et les soins donnés à ses aveugles.

Depuis le jour de son arrivée d'Angleterre, en 1887, feu M. Philip E. Layton, lui-même complètement aveugle depuis l'âge de treize ans, à la suite d'un accident, songeait au bien-être des nombreuses personnes affligées comme lui et s'en préoccupait beaucoup. Les difficultés qu'il avait lui-même éprouvées pour faire son chemin en notre pays, étaient typiques de celles qui existaient à cette époque. Il avait espéré obtenir un poste d'organiste et de maître de chapelle, mais à son grand désappointement il découvrait que les comités chargés de l'administration des affaires des églises ne se fiaient pas à un aveugle pour diriger la musique d'un service religieux. Il n'a guère mieux réussi lorsqu'il a essayé d'enseigner la musique. Cependant, plutôt que de retourner en Angleterre, il est allé, muni de sa clef d'accordage, accorder des pianos, de porte en porte. Dans les vingt années qui ont suivi, il a fini par réussir dans le monde des affaires de Montréal, établissant une firme bien connue de pianos, d'orgues et d'instruments de musique.

Pendant toutes ces années il n'avait jamais perdu de vue les difficultés éprouvées par ses semblables; ce sujet lui tenait à cœur et il l'avait constamment présent à l'esprit. Ayant parlé à d'autres aveugles et à des personnes ayant l'usage de leurs yeux, il obtint la promesse de leur aide lorsqu'une organisation pourrait être établie. C'est en 1908 qu'il invita ces amis chez lui pour discuter toute la situation et c'est à cette réunion qu'est née la *Montreal Association for the Blind*. Cette association a immédiatement rallié la sympathie active du public de Montréal avec le résultat que les premiers ateliers pour les aveugles, au Canada, furent ouverts en 1908. Au début, quatre hommes seulement y recevaient de l'emploi. Depuis trente-cinq ans les ateliers de cette association se sont développés et ont progressé, donnant continuellement de l'emploi à des centaines de femmes et d'hommes aveugles. Le succès de ce projet a encouragé l'ouverture d'ateliers semblables dans différentes parties du pays. M. Joseph Beaubien, maire d'Outremont, qui, aveugle lui-même pendant quelque temps, a recouvré la vue grâce à une opération, a observé de près les résultats obtenus dans ce premier atelier. Avec l'entière collaboration et l'aide de la *Montreal Association for the Blind*, il a organisé l'Association canadienne-française des aveugles. Nous sommes heureux de voir ici aujourd'hui des représentants de cette institution, et de savoir que nous les entendrons un peu plus tard. Une école pour les enfants aveugles des deux sexes a été ouverte en 1912 et depuis 31 ans elle pourvoit à l'instruction des jeunes Anglais aveugles de la province de Québec. Un certain nombre d'élèves des Prairies ont aussi reçu leur instruction dans ce centre. Vu la mise en vigueur de l'instruction obligatoire dans la province de Québec, l'on profitera mieux maintenant des avantages offerts par cette école, croit-on.

Pendant toutes ces années, M. Layton se rendait parfaitement compte que les ateliers ou les institutions charitables organisées ne pouvaient satisfaire aux grands besoins de la majorité des aveugles pauvres de ce pays. Il avait vu, dès le commencement, que la seule solution résidait dans une aide de l'état sous forme de pensions. Ayant cet objectif en vue, il prit des dispositions pour que la *Montreal Association for the Blind* reçût des délégués de toutes les parties du Canada à la première conférence nationale des aveugles tenue dans ce pays en 1937. A cette assemblée fut démontré le besoin d'une organisation nationale des aveugles. Depuis plusieurs années il existait un organisme de ce genre en Grande-Bretagne. C'était la société nationale des aveugles, tout à fait indépendante des institutions destinées aux aveugles. Il fut donc décidé de créer la *Canadian Federation of the Blind*, l'organisme, mesdames et messieurs, qui comparaît devant vous aujourd'hui. Depuis ce jour, des sections et des groupes affiliés sont à l'œuvre dans la plupart des grands centres du Canada.

Depuis le moment de sa création, il y a dix-sept ans, la Fédération n'a cessé de travailler au règlement de la question des pensions. Une délégation de la première assemblée, comprenant environ cinquante personnes aveugles,

est venue à Ottawa, où elle a été reçue par le premier ministre, le très honorable M. Mackenzie King. Depuis, les sections de la Fédération n'ont cessé chaque année de parler et de lutter afin d'obtenir ces pensions. Elles ont eu des entrevues avec les autorités municipales et provinciales, et se sont efforcées d'obtenir l'appui des députés. En 1933, une requête conjointe des quarante-deux organismes destinés aux aveugles ou composés d'aveugles, a été présentée au gouvernement fédéral. Ces efforts ont fini par être couronnés de succès, lorsqu'en décembre 1936 la question de la pension aux aveugles fut discutée à fond à la conférence tenue à Ottawa entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. J'ai eu le privilège d'être le délégué du gouvernement de Québec à cette conférence et l'honorable M. Charles Dunning m'a invité à adresser la parole à l'assemblée au sujet des pensions aux aveugles du Canada. Monsieur le président a demandé, je ne crois pas trahir un secret en disant que lorsque M. Dunning a demandé l'opinion des provinces, chacune a sincèrement encouragé le gouvernement fédéral à agir le plus tôt possible, et a pris l'engagement que son gouvernement participerait à tout projet proposé par Ottawa. Je suis certain que ce même esprit et le désir d'aider les malheureux aveugles, se manifesteront, non seulement parmi les législatures du pays, mais chez tous les Canadiens, à l'unanimité, à l'occasion de toute loi en faveur des aveugles que le Parlement pourrait appliquer dans un avenir assez rapproché.

Les aveugles de tous les centres du Canada se sont vivement réjouis lorsque la Loi des pensions de vieillesse a été modifiée à la session de 1937. L'on se rendait compte que cette loi, accordant une pension de $20 aux aveugles à partir de l'âge de 40 ans, n'était qu'un commencement, mais en était un excellent. Depuis, la Fédération a continué à s'occuper de toute la question des aveugles, en général, et en particulier de celle des pensions. Les sections ont soulevé et discuté la question nombre de fois. Lors d'une assemblée générale de la Fédération tenue à Toronto au printemps de 1940, plusieurs mois après la mort de son président et fondateur, les faiblesses et les insuffisances de la présente Loi ont été longuement discutées. De l'avis des représentants de toutes les parties du Canada, l'augmentation du coût de la vie causait de véritables privations aux bénéficiaires des pensions de vieillesse. Cependant, vu la gravité de la situation causée par la guerre, il a été décidé à l'unanimité de ne plus présenter de pétitions au gouvernement d'ici à la fin de la guerre, ou du moins jusqu'à ce que les conditions au pays et outre-mer soient suffisamment améliorées pour justifier le Parlement de prendre des mesures en ce sens. La prévoyance dont le gouvernement fait preuve lorsqu'il s'efforce de se préparer à faire face aux conditions d'après-guerre, en organisant ce Comité, a induit la Fédération à changer de ligne de conduite, et c'est ce qui explique la présence ici aujourd'hui de notre délégation.

Encore quelques mots, mesdames et messieurs, sur la *Canadian Federation of the Blind*, car il est extrêmement important que ce Comité sache à quel point pareil organisme est directement utile et nécessaire aux intérêts des aveugles de ce pays. Si les délibérations et les conclusions de ce Comité et ses recommandations subséquentes à la Chambre avaient pour résultat d'établir une commission fédérale composée des commissions provinciales pour les aveugles,—il serait alors de toute première importance que les aveugles eux-mêmes fussent directement représentés auprès de toutes les commissions de ce genre. Même parmi les aveugles, monsieur le président, il y a quelquefois des différences entre les institutions (patrons) et les travailleurs (employés) et quelquefois—fréquemment—les travailleurs aveugles ont eu raison. Bien que son principal objet fût d'obtenir des pensions, la Fédération a accompli un travail inestimable dans d'autres domaines. Elle a servi, en tant qu'organisme fort et dûment constitué à lutter pour les aveugles impuissants et les a protégés contre toute exploitation de la part de lanceurs d'affaires ou d'autres personnes, qui essaient de se servir de cette cause comme moyen d'obtenir de l'argent pour leurs propres fins. Une

amélioration des conditions de travail des aveugles a été obtenue, quant aux heures et au salaire, et il y a des cas où l'on s'est livré, de façon très simple, à une certaine fabrication, afin de fournir de l'emploi à ceux qui ne pouvaient en obtenir des agences actuelles dans certaines parties du pays. L'une des œuvres de la Fédération et non la moins importante, est celle des cercles où se réunissent régulièrement les aveugles pour causer de leurs intérêts, entendre des concerts et des conférences, donner des sauteries et jouer aux cartes, bref, des réunions destinées à apporter un peu de gaieté et de joie à ceux qui n'avaient auparavant aucun intérêt hors de leur entourage immédiat. Tous les membres du bureau et les agents exécutifs remplissent leurs fonctions sans rétribution. La *Canadian Federation of the Blind* a beaucoup accompli, pendant ses dix-sept années d'existence afin d'améliorer la situation sociale et économique et les conditions générales de travail des aveugles. Elle a l'intention de poursuivre inlassablement ses efforts dans ce sens, insistant pour que les besoins de la majorité des aveugles, hommes, femmes et enfants, soient reconnus. La Fédération est une association d'aveugles, qui ne réclame du gouvernement ni fortes subventions ni grosses rentes, ne représente aucune institution, ne favorise aucune province en particulier et n'est affiliée à aucun parti politique.

La Fédération, monsieur le président, présuppose que tout plan de sécurité sociale, complet et détaillé, devra comprendre des mesures spéciales pour les aveugles. Sir William Beveridge recommande dans son rapport que tout le soin des aveugles de la Grande Bretagne relève du ministère projeté de la sécurité sociale, qui travaillera de concert avec les autorités locales et les agences bénévoles.

Le rapport démontre clairement que l'on ne doit pas considérer les aveugles comme des personnes frappées d'incapacité mais plutôt d'un désavantage, et qui méritent de l'aide. En d'autres termes, en allouant aux aveugles un paiement en espèces, il faudrait le considérer, non comme une pension, mais comme une compensation de leur infirmité.

Le *Blind Person's Act* de 1920 en Angleterre, a rendu les autorités locales responsables du soin des aveugles dans leurs régions respectives, et par conséquent, les aveugles de ce pays ont été assurés d'un certain degré de sécurité sociale et de protection. Le principal grief qu'on puisse exprimer à l'égard de ce plan est le manque d'uniformité dans la façon d'appliquer la Loi dans les diverses municipalités.

En Australie, les aveugles reçoivent une pension à l'âge de seize ans, en Nouvelle-Zélande à vingt ans. Aux Etats-Unis, les états sont responsables de leurs aveugles respectifs, mais la situation varie selon les diverses parties du pays. Certains états ont établi une sorte de pension, d'autres subventionnent les maisons qui emploient les aveugles, tandis que quelques-uns font très peu. Le Congrès étudie en ce moment toute la question et l'on s'attend à ce que des mesures constructives soient prises sous peu. Dans les pays européens il existait, avant la guerre, une variété de méthodes pour aider les aveugles. Il est bien probable que les autres nations observeront attentivement les mesures prises par le Canada relativement à ses aveugles.

Le montant de la pension ici est absolument insuffisant. Dans les conditions actuelles, il est extrêmement difficile de fixer un montant qui puisse répondre à tous les besoins et faire face à toutes les situations. Nos sections ainsi que des personnes de tous les coins du pays nous ont suggéré des sommes variant de $30 à $60 par mois. Cet organisme-ci, monsieur le président, croit que la somme doit être suffisante pour subvenir aux besoins et pour accorder quelques petites douceurs. Elle devrait aussi permettre de payer les services d'un guide. Sans aucun doute il y a beaucoup d'hommes et de femmes aveugles capables de se livrer à certaines occupations ou professions, mais le coût d'un guide et du transport dans leur cas leur interdit de faire concurrence aux voyants qui accom-

plissent le même travail. Même l'entretien d'un chien servant de guide présente des difficultés considérables pour une personne dont la pension n'est que de $20 par mois. Il faudrait fixer un montant qui puisse se plier aux variations constantes du coût de la vie. C'est là une très grande faiblesse de la Loi actuelle. Le gouvernement a admis la situation en ce qui concerne les vétérans de la Grande Guerre qui reçoivent des pensions; mais, sauf dans une ou deux provinces, la plupart des aveugles pensionnés doivent se tirer d'affaire avec la petite somme de $20 par mois.

Il est inéquitable de fixer à quarante ans l'âge où un aveugle est admissible à la pension. Cette décision dépend peut-être des représentations faites avant 1937 par les groupements d'aveugles ou les organismes destinés aux aveugles. Il faut admettre maintenant que tous ces groupes manquaient de courage pour demander avec insistance un trop grand nombre de concessions,—craignant que toutes la question soit de nouveau remise à plus tard, à cause du coût. Cette timidité était probablement le résultat de déceptions répétées,—alors que la question était discutée chaque année à la Chambre où des membres de tous les partis politiques approuvaient à l'unanimité le projet de loi d'intérêt privé et que, malgré tout, l'affaire était classée pour une raison ou pour une autre. Il n'est guère étonnant qu'après dix ans de lutte continuelle, les aveugles aient été prêts à accepter n'importe quel montant à n'importe quel âge—pourvu qu'une mesure quelconque fût mise en vigueur. Sir William Beveridge fait remarquer: "Le projet de traiter les aveugles comme s'ils étaient prématurément vieillis ne s'accorde pas avec la réalité. Les aveugles, bien qu'ils puissent avoir besoin d'une rente en compensation de leur infirmité, ne doivent pas la recevoir selon une méthode qui les traite comme s'ils avaient passé l'âge de travailler et qui décourage la recherche du gain. Il n'y a aucun avantage à croire que c'est à 40 ans que les aveugles sont censés être assimilés aux vieillards de 70 ans, qui possèdent la vue." La Fédération a suivi avec intérêt plusieurs des représentations faites à ce Comité. Nous avons remarqué entre autres le mémoire du docteur F. S. Burke, du ministère des Pensions et de la Santé nationale, qui, dans un de ses tableaux, fait la statistique des divers groupes d'âge au Canada. Le fait que seulement 2.648 p. 100 des aveugles de ce pays ont moins de 16 ans, est très important. Certainement, monsieur le président, lorsque la question d'âge est à l'étude, autant vaut recommander que toutes les personnes aveugles reçoivent une indemnité, indépendamment de leur âge. Le petit nombre des admissibles dans les groupes moins âgés ne présenterait qu'un problème financier de peu d'importance.

La loi actuelle n'encourage pas le bénéficiaire d'une pension à chercher de l'emploi, et c'est probablement l'une des plus grande faiblesse de ce plan. Si un aveugle trouve un emploi, il se voit aussitôt menacé d'une réduction ou de la perte de sa pension, et puis, s'il arrive que cet emploi ne soit que temporaire, il s'écoule un délai beaucoup trop long avant que son nom soit de nouveau placé sur les listes des bénéficiaires. Il y a un grand nombre d'hommes et de femmes âgés de plus de 18 ans, qui peuvent accomplir un travail lucratif. Dans bien des cas leur infirmité ne leur permettra pas de gagner un salaire suffisant pour subvenir à leurs besoins et s'accorder un peu d'agrément. Ceux qui appartiennent à ce groupe devraient certainement recevoir une aide financière directe ou supplément afin de compléter leur salaire. Cette compensation devrait être établie d'après un plan vaste et libéral destiné à encourager le travail. Ce que le travail signifie pour un aveugle peut difficilement être calculé en dollars et cents, mais le gouvernement en fournissant et en subventionnant un tel travail ferait là un des meilleurs placements possibles. Une occupation, qui représente un endroit où l'on peut aller tous les jours, le sentiment d'être capable, bien que privé de vue, de gagner sa vie, de ne plus dépendre de parents, d'amis ou de la charité, les moyens de se marier, d'élever une famille, de vivre une vie normale, voilà une compensation d'une valeur inestimable.

Dans quelques ateliers pour les aveugles, il existe des méthodes d'augmenter la rémunération des employés au delà de leurs gains réels, mais ces ateliers devraient être libérés d'une telle charge. Les fonds pour de telles indemnités proviennent généralement de sources charitables. Si l'institution particulière ne réussit pas à se procurer des contributions suffisantes, il se peut qu'il faille réduire ou retrancher l'augmentation. Si l'augmentation venait directement du gouvernement comme un droit et un privilège particulier, le moral et la confiance des employés aveugles en seraient meilleurs, et les institutions auraient ainsi une charge moins lourde, ce qui libérerait certains fonds pour des recherches ou d'autres fins.

Il y a aussi un autre point, mesdames et messieurs, qui concerne l'emploi des aveugles dans les industries où la vue est habituellement nécessaire. Grâce aux conditions particulières prévalentes dans les années qui ont précédé 1930, et actuellement, de nouveau, à cause de la pénurie de la main-d'œuvre, plusieurs hommes ou femmes complètement ou partiellement aveugles sont absorbés dans l'industrie où ils deviennent très habiles à se servir de certaines machines et à remplir certaines fonctions. Mais, il est ridicule de croire ou de prétendre qu'ils peuvent dans bien des cas exécuter le travail aussi bien qu'une personne non handicapée. Bien que cela soit vrai, il y en a toutefois un grand nombre qui contribuent à l'effort de guerre par un travail productif d'une valeur appréciable. Quand les conditions redeviendront normales, nous serons en face d'une situation semblable à celle de 1930. Ceux qui ne peuvent fournir un rendement égal à celui des personnes non aveugles ni affronter leur concurrence, seront renvoyés et manqueront de travail. Il serait extrêmement utile que ce Comité puisse trouver un moyen quelconque d'obliger les grandes entreprises à absorber un certain nombre de travailleurs aveugles, ou même de travailleurs de toutes les catégories de désavantagés, dans leur industrie. Il est certain que si le travailleur aveugle recevait une compensation du gouvernement, le fardeau de l'employeur serait probablement nul, puisque, par ce moyen, la valeur relative des travailleurs aveugles et de ceux qui ne le sont pas, serait égalisée. Si cette mesure n'est pas prise, un grave problème se posera pour les institutions locales et les ateliers lorsqu'il s'agira de procurer de l'emploi aux nombreuses personnes qui vivent actuellement de leur travail.

Cette phase de la situation exige l'attention immédiate du Parlement qui devra agir le plus tôt possible. La Fédération insiste respectueusement pour que ce Comité prenne des mesures à ce sujet dans le plus bref délai possible.

Nous avons dit que les aveugles devraient être encouragés à chercher de l'emploi; cependant, selon la Loi actuelle, un pensionnaire non marié ne peut recevoir que $200 de salaire ou de revenu supplémentaires. S'il obtient un emploi et gagne $100, et s'il signale le fait à la commission provinciale, sa pension est immédiatement réduite. La Fédération a remarqué avec intérêt la recommandation soumise par la *Canadian National Institute for the Blind* le 18 juin en faveur d'une échelle mobile ou d'un taux de pension gradué. La Fédération croit que ce projet a bien des qualités, mais que l'échelle devrait être beaucoup plus libérale que celle qui est proposée. De l'avis de la Fédération, les gains permis devraient être approximativement doublés avant que la pension soit sujette à déduction. La Fédération est convaincue qu'un homme non marié devrait être autorisé à toucher un revenu de $500 en plus de sa pension et un homme marié $1,000. Au delà, une déduction basée sur les gains, au taux gradué de 50 p. 100, serait peut-être juste, bien que la Fédération croie qu'une échelle de déduction des gains additionnels basée sur un taux de 25 p. 100 encouragerait énormément les aveugles à essayer de se rendre complètement indépendants malgré leur grand désavantage.

La Fédération a noté avec intérêt le rapport que le Conseil de salubrité fédéral a présenté au Comité. Elle félicite le Conseil de sa présentation complète et excellente, et elle est parfaitement d'accord avec les six points spécifiés dans ce rapport, au sujet des aveugles, sous réserve des observations et des réserves

contenues dans le présent mémoire. Un mot en faveur de la prévention de la cécité et des moyens de préserver la vue. Tout organisme d'hygiène provincial ou fédéral devrait recevoir les octrois financiers nécessaires pour bien faire parer aux situations révélées par le Conseil de salubrité fédéral. Il doit être manifeste, mesdames et messieurs, qu'à part le côté humanitaire de la question, les résultats économiques et les avantages réalisés en prévenant la cécité contre-balanceront amplement les dépenses. Il est intéressant de noter, dans les rapports des organismes et des commissions des états du pays voisin que le nombre de ceux qui reçoivent des pensions diminue toujours. Dans un rapport datant d'avant la guerre, la *Missouri State Commission for the Blind*, indique une réduction de 4,346 à 3,869 durant une période de trois ans. Si l'on pouvait obtenir en notre pays une diminution d'une telle proportion, le nombre des aveugles qui touchent une pension serait bientôt presque nul, et le fardeau financier de même.

La "vérification des ressources" en ce qui concerne l'application de la Loi, est beaucoup trop rigoureuse. Il ne devrait pas être nécessaire qu'un aveugle ait été forcé de dépenser presque son dernier dollar, de vendre son dernier immeuble ou de disposer de ses dernières valeurs matérielles, avant d'être considéré comme bénéficiaire d'une pleine pension d'après un plan quelconque.

Aux termes de la Loi actuelle la pension d'un aveugle épousant une autre personne aveugle, est réduite de moitié. Il est discutable de punir, lorsqu'ils se marient, deux personnes aveugles, qui, à part cela, sont normales et en bonne santé. Cette mesure de discrimination est injuste et devrait être supprimée de toute nouvelle loi.

Les restrictions actuelles concernant la résidence causent de graves difficultés aux pensionnaires aveugles. Tout nouveau projet devrait supprimer ces restrictions, ou tout au moins les rendre plus élastiques.

La Fédération, monsieur le président, s'est efforcée de présenter aux membres de ce Comité les besoins des civils aveugles du Canada. Bien que ces représentations ne soient pas accompagnées des données positives et des statistiques qu'un Comité comme celui-ci a l'habitude de recevoir, elles sont basées sur des observations et des rapports personnels et intimes avec des aveugles, hommes, femmes, garçons, fillettes, de toutes les parties du pays. Ces observations et ces expériences permettent à la Fédération de faire les recommandations suivantes, qu'elle juge ne constituer qu'un minimum absolu, afin que celles-ci soient incluses dans toute nouvelle mesure législative que le Parlement du Canada peut juger à propos d'adopter.

1. Une indemnité de $30 par mois.

J'aimerais ajouter: $30 par mois pour les personnes non mariées; supplément pour les personnes mariées.

2. Indemnité de vie chère.

3. Payement à titre de compensation pour la cécité, indépendamment de l'âge.

4. Les aveugles non mariés devraient avoir la permission de recevoir d'autres revenus ne dépassant pas $400, les aveugles mariés, $1,000.

5. Les candidats devraient avoir la permission de détenir en banque des sommes d'argent ou des valeurs ne dépassant pas $500.

6. Les candidats devraient avoir la permission de posséder une propriété d'une valeur ne dépassant pas $3,500.

7. L'argent et la propriété devraient être exempts de l'attribution au gouvernement après la mort du propriétaire.

8. La valeur de la propriété devrait être fixée d'après la moins élevée de la valeur négociable ou de la valeur imposable.

9. La condition résidentielle d'admissibilité devrait être de cinq ans, au Canada, indépendamment des changements de domicile d'une province à l'autre.

10. Aucune déduction pour les aveugles qui se marient entre eux.
11. Soins médicaux et dentaires gratuits, et hospitalisation depuis la naissance.
12. Il devrait y avoir une loi spéciale pour les aveugles.

Monsieur le président, la *Canadian Federation of the Blind* vous remercie de nouveau de cette occasion de paraître devant le Comité spécial de la sécurité sociale. Il y a ici, comme nous vous l'avons dit, des représentants des sections de cet organisme venant de plusieurs endroits du Canada. Quelques-uns, je crois, aimeraient ajouter quelques mots au présent mémoire.

Le PRÉSIDENT: Merci, monsieur Layton. Et maintenant, y a-t-il des questions?

M. Wood:

D. Monsieur le président, ai-je compris que simplement 2.6 p. 100 des aveugles ont moins de 16 ans?—R. Oui. C'est-à-dire selon les chiffres qui vous ont été soumis le 18 juin par le docteur Burke.

D. Je songe particulièrement à l'école des aveugles dans mon centre de Brantford, et je remarque que la plupart des élèves ont moins de 16 ans. La Fédération s'efforce-t-elle d'encourager les étudiants à aller à ces écoles où l'on s'occupe des personnes complètement aveugles?—R. Je ne saurais dire si la Fédération les a encouragés ou découragés parce que cela n'est pas de son domaine; elle n'a rien à voir à l'éducation directe. Elle ne dispose pas de fonds pour envoyer des élèves à ces écoles. Il n'y a pas de doute que si, dans leurs divers centres, les membres de la Fédération rencontrent un enfant aveugle, ils s'efforcent de persuader les autorités locales de trouver les moyens d'envoyer cet enfant à une école quelconque.

D. La Fédération ne recommande rien en ce qui concerne l'enseignement donné dans ces écoles particulières?—R. Voulez-vous dire que nos recommandations ne touchent pas à ce sujet?

D. Oui; le genre d'enseignement qui devrait être donné dans ces écoles. C'est-à-dire si l'instruction académique élémentaire est plus utile à un aveugle que l'éducation professionnelle. J'aimerais connaître votre avis là-dessus.—R. Je vais prier M. Heggie de répondre à cette question.

M. HEGGIE: Il est extrêmement désirable que des écoles techniques pour les aveugles soient établies. Dans le rapport que j'ai présenté récemment au gougouvernement de Québec, je soulignais le fait que puisque la plupart des aveugles doivent gagner leur vie en se servant de leurs mains, il faudrait faire un plus gros effort afin d'établir des écoles techniques donnant l'instruction la plus complète et la plus étendue, pour que les aveugles puissent gagner leur vie par le travail manuel.

M. WOOD: Je suis content d'entendre cela. D'après les rapports que j'ai eus avec le centre d'éducation de Brantford, je crois que les remarques de M. Heggie confirment mon opinion que la partie technique et professionnelle de l'éducation est sans doute à conseiller.

Le TÉMOIN: Je suis persuadé que vous avez raison; c'est ce que nous avons constaté, nous aussi.

Le PRÉSIDENT: A-t-on d'autres questions à poser à M. Layton? D'autres membres de la délégation aimeraient-ils dire quelques mots?

Le TÉMOIN: J'aimerais demander à M. Pettapiece, qui est venu de Regina, d'adresser la parole.

M. PETTAPIECE: Monsieur le président et messieurs les membres du Comité, en ce qui concerne la question posée par M. Wood au sujet de l'éducation, je puis dire que dans la Saskatchewan l'instruction obligatoire des enfants aveugles est imposée par le gouvernement, et ils sont envoyés ici dans l'Est à l'école des

aveugles, à Brantford. Il en vient une moyenne de vingt de la Saskatchewan, chaque année. Ceci correspondrait assez bien, je crois, avec le pourcentage des moins de 16 ans mentionné par M. Layton. La Saskatchewan compte approximativement 900 aveugles. Il y a quelques années la section de Regina de la Fédération s'est adressée au gouvernement de la Saskatchewan pour obtenir de l'aide et a demandé l'adoption d'un règlement permettant à un garçon ou à une fillette qui avait réussi à l'examen de huitième année de l'école des aveugles de continuer leurs études dans les écoles destinées aux élèves qui peuvent voir, et plus récemment dans les universités; nous avons encouragé nos aveugles de la Saskatchewan à profiter de ce règlement, ce que plusieurs ont fait. Jusqu'à présent, la Fédération aide une jeune fille aveugle à suivre un cours de dactylographie au moyen de la machine à dicter, et nous espérons qu'elle obtiendra beaucoup de succès. Voilà un exemple de ce qui, à notre avis, devrait être fait afin d'aider nos jeunes aveugles ambitieux et désireux de se préparer au travail de bureau. Il y a dans l'Ouest un grand nombre de difficultés qui n'existent pas autant, je crois, pour les aveugles de l'Est. L'une d'elles concerne l'industrie. Nous n'avons pas, dans les Prairies, les grands centres dotés d'industries où les aveugles peuvent travailler, comme vous en avez dans l'Est; et il est certain qu'il y a moins d'aveugles d'employés. A Winnipeg, je crois que quarante ou cinquante aveugles sont employés à l'atelier; à part cela il y a peu de travail pour les aveugles, sauf des étalages en location où se vendent des cigares, des journaux ou des friandises. On en trouve peu dans les régions où les grands centres ne sont pas nombreux, et il n'y en a actuellement que six ou huit en Saskatchewan. Nous nous sommes adressés au gouvernement de notre province au sujet des jeunes aveugles employables et ambitieux et nous avons demandé qu'on les encourage à se livrer à quelque industrie à leur propre profit, même à la campagne,—à entreprendre un travail susceptible d'être dirigé avec succès par des aveugles, peut-être avec un peu d'aide, et s'il leur fallait une assistance financière, la leur accorder. Nous considérons que toute mesure de ce genre serait un avantage, puisque peu à peu elle enlèverait à la communauté la responsabilité des aveugles. Voilà ce que nous encourageons dans l'Ouest. Nous avons fait de nombreuses démarches auprès de notre gouvernement touchant le service de l'hôpital provincial et l'assistance médicale,—hospitalisation et services médicaux gratuits pour les aveugles. Dans la Saskatchewan les membres du *State Hospital and Medical League* sont en train d'élaborer un projet qui comprendrait tout le monde, les aveugles aussi bien que ceux qui ne le sont pas, et nous les appuyons entièrement, car c'est exactement ce que nous essayons d'obtenir pour nos aveugles. Le comité de publicité de notre section est aussi celui de cette société, et nous sommes de tout cœur avec eux touchant ce projet; nous sommes parfaitement d'accord parce que nous croyons que nos aveugles en bénéficieront encore plus que les autres. Si des projets de ce genre étaient mis en vigueur, les services médicaux et dentaires, et le traitement des yeux seraient accessibles à tout le monde dans tout le pays. Ceci a été prouvé lorsqu'une mesure de ce genre a été mise en pratique où les services sont accessibles, au point qu'un règlement du ministère de la Santé de la Saskatchewan a rendu l'usage de gouttes dans les yeux obligatoire lors de la naissance, ce qui s'est avéré d'un puissant secours pour réduire le pourcentage de cécité là où le règlement peut être appliqué. Cependant, il y a des centaines de naissances auxquelles n'assistent ni les médecins ni les gardes-malades, et en pareils cas ce projet ne peut être exécuté. Nous sommes convaincus qu'un plan tel que celui que nous appuyons là-bas supprimerait la dépense de faire instruire un grand nombre d'aveugles qui sont envoyés des Prairies aux écoles pour les aveugles.

Il y a une autre question que nous avons essayé de bien faire comprendre à notre gouvernement provincial. Plusieurs mesures concernant la protection des aveugles pourraient, croyons-nous, être modifiées. En plus d'aider les aveugles, elles allégeraient les obligations financières qui se rattachent à l'assistance aux aveugles, selon le système actuellement employé par le gouvernement. Nous

considérons, et nous avons fait ces représentations à notre gouvernement, que l'assistance aux aveugles et les services à ceux qui voient devraient être dirigés par un ministère du gouvernement et ne pas être laissés à un organisme particulier quelconque. Nous croyons que cela n'est pas juste envers les aveugles de confier leur vue à un groupe particulier quelconque, et que c'est le gouvernement qui devrait en être complètement responsable. La cécité est une calamité nationale et, par conséquent, une responsabilité nationale; et, à notre avis, je le répète, c'est être injuste envers les aveugles que de confier le soin de leurs yeux à quelque organisme particulier.

Voilà quelques-unes des recommandations que nous avons présentées à notre gouvernement de la Saskatchewan, et qui ne sont pas mentionnées dans le mémoire que vous a présenté M. Layton. Nous sommes parfaitement d'accord, nous les gens de l'Ouest, avec les recommandations faites ici par notre président et nous espérons que ce Comité tiendra compte de la situation qui existe dans l'Ouest du Canada aussi bien que de celle de l'Est.

Le PRÉSIDENT: J'aimerais faire remarquer que selon le projet d'assurance-maladie soumis à ce Comité pour être étudié et pris en considération, les aveugles auront des avantages qui comprendront un traitement préventif.

M. Côté:

D. Monsieur le président, j'ai manque une partie de la présentation intéressante faite ce matin et il se peut que le mémoire ait traité du sujet auquel je pense. J'aimerais savoir quelle influence, s'il y en a une, le développement de nos industries, grâce à la guerre, peut avoir sur l'embauchage des aveugles, comme ouvriers spécialisés ou semi-spécialisés. Les aveugles ont-ils bénéficié de quelque emploi dans nos industries de guerre?—R. Monsieur le président, je crois que cet aspect de la question a été partiellement traité dans notre mémoire, et je puis nettement affirmer que ce fait a influencé leur admission au travail. Il est certain que les aveugles ont pu facilement trouver du travail. Dans notre propre organisme, dans les ateliers de la *Montreal Association of the Blind*—et ceci s'applique particulièrement aux personnes partiellement aveugles,—nous avons perdu plusieurs jeunes gens que nous avons traités et qui ont reçu les mêmes avantages que les aveugles. Les personnes qui ne sont pas complètement aveugles ont terminé leur cours à l'école et sont entrées aux ateliers où elles se sont constamment rendu compte qu'elles voyaient assez bien; elles sont parties travailler ailleurs, et au lieu de $15 ou $18 par semaine, elles ont pu gagner $30 ou $35. Auront-elles suffisamment de vue pour garder ces positions après la guerre? C'est très problématique.

D. Je songe au cas de deux jeunes filles de ma circonscription qui n'ont pu trouver de l'emploi après en avoir cherché depuis des mois.—R. A Montréal nous recevons des appels de grandes industries, des industries de guerre, demandant si nous pouvons fournir des groupes de six ou huit aveugles pour remplir certains postes. Parmi les Anglais de Montréal, les aveugles employables sont franchement très difficiles à trouver, actuellement presque tous étant déjà employés. Dans toute la ville il y en a peut-être une douzaine qui pourraient travailler, mais ne le désirent pas pour des raisons particulières.

Or, sir William Beveridge fait remarquer que la cécité est un désavantage sérieux non seulement pour gagner sa vie, mais aussi pour des occupations comme celles que remplit une maîtresse de maison. Nous avons parmi nous aujourd'hui une maîtresse de maison, mère de sept ou huit enfants, qui est la présidente de notre section de Hamilton. C'est Mme Fitzsimmons, que j'invite à dire quelques mots.

Mme FITZSIMMONS: Monsieur le président, mesdames et messieurs, voici un point sur lequel je désire insister ici aujourd'hui. Lorsqu'une maîtresse de maison ou une mère de famille devient tout à coup aveugle, les médecins veulent naturellement en connaître la cause et elle est conduite à l'hôpital en toute hâte, ce qui

entraîne nécessairement bien des dépenses. Il faut payer quelqu'un pour aller prendre soin des enfants. Le mari, un travailleur ordinaire, se voit en face de tous ces comptes. Si la mère rentre à la maison, incurable, non seulement elle se tourmente d'avoir perdu la vue mais aussi d'avoir occasionné tant de frais; je considère qu'une maîtresse de maison, mère de famille, devrait recevoir une compensation pour avoir perdu la vue, afin de pouvoir continuer à vivre convenablement. Je crois que toute femme aveugle, maîtresse de maison ou mère de famille, lorsqu'elle se sera habituée à son infirmité, entretiendra sa maison et élèvera sa famille aussi bien que n'importe quelle personne non aveugle, et que, comme le disait tout à l'heure M. Layton, au lieu d'obtenir une pension, une telle personne devrait être dédommagée de la perte de sa vue. Voilà mon opinion.

Le PRÉSIDENT: Merci, madame Fitzsimmons.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, nous avons parmi nous aujourd'hui des représentants de la plus grande association canadienne-française pour les aveugles, au Canada. En effet, c'est la seule, actuellement en activité, qui dirige un atelier. M. Brisebois, l'administrateur général, et M. Globensky, le président de l'Association canadienne-française des aveugles, sont tous deux ici, et je prierai M. Brisebois de dire un mot en faveur des aveugles canadiens-français.

M. BRISEBOIS: Monsieur le président, monsieur le ministre, mesdames et messieurs, l'Association canadienne-française des aveugles désire remercier M. Layton, de la *Montreal Association for the Blind,* une section de la *Canadian Federation of the Blind,* de l'occasion de faire partie de cette importante délégation. Notre travail consiste principalement à procurer de l'emploi aux travailleurs aveugles par l'entremise de nos ateliers. Notre but est de fournir du travail à nos membres afin de leur donner les moyens de gagner leur vie. Nous avons actuellement plus de 100 employés, et ils produisent plus de 1,500 balais par jour, outre un grand nombre d'autres articles que l'on peut vendre. Nous considérons cette forme de travail garanti dans nos ateliers, comme le meilleur moyen de fournir de l'emploi à de nombreux aveugles, hommes ou femmes; et nous croyons que les aveugles doivent être encouragés à gagner autant que possible en plus de ce qu'ils peuvent recevoir du gouvernement.

Maintenant, j'ai le plaisir de vous présenter M. J.-A. Globensky, le président de l'Association canadienne-française, qui vous dira quelques mots en français.

(Texte)

M. GLOBENSKY: Mesdames et messieurs, comme président de l'Association canadienne-française des aveugles, il me fait plaisir de remercier M. Layton de l'occasion qu'il nous a donnée de participer à cette délégation.

Il est juste que vous entendiez une voix du Québec français—étant donné que nous sommes l'association la plus importante en nombre, etc., et la plus importante au point de vue industrie, existant au pays.

M. J.-A. Globensky appuie sur la nécessité qu'il y a pour un aveugle d'obtenir un salaire satisfaisant—tout en bénéficiant d'une compensation—ou d'une portion de compensation. Le minimum du salaire pour un aveugle devrait être fixé à $660—pour un célibataire et davantage pour un homme marié.

Ce montant de $660 représente le minimum de salaire qu'un célibataire peut retirer sans être sujet à l'impôt sur le revenu—ni diminution de sa compensation.

Assurés que nous sommes que le gouvernement prendra en sérieuse considération la requête de la *Canadian Federation of the Blind* présentée par M. Layton et les remarques de notre administrateur M. P. A. Brisebois, nous remercions le Comité du "National Social Service" de sa bienveillante attention.

(Traduction)

Le PRÉSIDENT: Au nom du Comité, monsieur Layton, je désire vous remercier, vous et vos associés, d'avoir bien voulu venir ici aujourd'hui nous présenter votre mémoire intéressant.

M. LAYTON: Nous remercions votre Comité du privilège de comparaître devant lui.

Le PRÉSIDENT: Nous aurons maintenant l'honneur d'entendre un mémoire de la Légion canadienne, *British Empire Service League,* et je prierai le colonel Nicholson de le présenter.

Le lt-col. W. C. NICHOLSON, premier vice-président de la Légion canadienne, *British Empire Service League,* est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre, honorables membres, au nom de la Légion canadienne, je désire vous remercier de l'occasion que vous voulez bien nous donner de présenter ce bref mémoire touchant la sécurité sociale. Il est présenté, naturellement, du point de vue de l'ancien combattant. M'accompagnent, aujourd'hui, MM. J. C. G. Herwig, secrétaire général, Richard Hale, directeur de la division des pensions, et le capitaine George Kermack, représentant la Division impériale.

La Légion désire d'abord exprimer l'opinion que la meilleure forme de sécurité sociale que puisse établir un pays pour ses citoyens est l'emploi continu pour tous ceux qui peuvent et qui veulent travailler, à un salaire, même pour les moins payés, suffisant pour maintenir un niveau de vie supérieur à la simple subsistance. De plus il faut pourvoir au maintien et au rétablissement de la santé et du moral de ceux qui se trouvent temporairement sans emploi à cause de leur mauvaise santé, ou parce que, sans qu'il y ait de leur faute, ils ne peuvent obtenir un emploi continu. Il faut aussi pourvoir aux besoins de ceux qui deviennent inemployables pour cause d'incapacité ou de vieillesse.

Dans son mémoire, la Légion canadienne traitera surtout des problèmes de sécurité sociale des anciens combattants ainsi que des problèmes qui se poseront pour les membres des forces armées, actuellement en service actif, lorsqu'ils réintégreront la vie civile. Nous pouvons être assurés qu'ils souhaiteront un emploi rémunérateur et qu'ils s'attendront à l'obtenir le plus tôt possible après leur démobilisation. Cependant, cet aspect de leur problème ne regarde pas ce Comité qui a été prié de faire un rapport sur un projet national d'assurance sociale qui convienne aux conditions canadiennes et pourtant qui donnera la sécurité sociale à tout le Canada.

La Légion canadienne présume que ce Comité recommandera éventuellement un projet répondant aux besoins de sécurité sociale de tous les Canadiens, et qui comprendra très probablement des mesures telles que l'assurance-maladie, l'assurance-chômage, l'assurance-vieillesse, les allocations de retraite, les allocations aux enfants, et peut-être les prestations de mariage, de maternité et d'enterrement, ainsi que des indemnités aux victimes des accidents du travail. Nous nous rendons compte que, vu les conditions particulières au Canada, l'établissement graduel de mesures de sécurité sociale est peut-être préférable à l'élaboration d'un plan complet et détaillé, mais d'exécution ultérieure. Peut-être conviendra-t-il de prendre pour base les mesures existantes? Il faudra bien des discussions avec les gouvernements provinciaux et les délibérations se poursuivront pendant d'autres sessions du Parlement avant que soit établi un système complet de sécurité sociale pour le Canada.

Relations fédérales-provinciales

La Légion, cependant, insiste pour que des mesures soient prises immédiatement afin de résoudre quelques problèmes fondamentaux de sécurité sociale dont le règlement ne saurait souffrir un trop long retard, si l'on veut que les mesures destinées à parer aux difficultés de la période qui suivra la démobilisation, répondent au besoin national. Par exemple, les problèmes qu'implique une parfaite entente entre les éléments fédéraux, provinciaux et municipaux, entente indispensable à l'administration d'un projet d'envergure nationale, devraient être

étudiés dès maintenant. A ce sujet, nous attirons l'attention de ce Comité sur la déclaration suivante, exposant l'opinion que la Légion formulait, en mai 1938, devant la Commission royale d'enquête sur les relations entre le Dominion et les provinces, au sujet de notre système social:

> Il faut reconnaître que depuis l'adoption de l'Acte de l'Amérique britannique du Nord, le système social entier a subi un changement presque révolutionnaire auquel notre rigide constitution actuelle s'adapte mal. Il faut donner à celle-ci quelque élasticité, tenant compte du fait que le changement qui s'opère est loin d'être complet et qu'un gouvernement central vraiment fort, comme nous l'espérons, doit pouvoir s'y adapter. Si nous sommes une nation, alors tous nos ressortissants ont droit à un traitement égal. Ceci ne peut être assuré que par une action nationale; et il est impossible d'avoir un peuple heureux et uni si l'on accorde aux régions riches et prospères des privilèges que l'on refuse à des régions moins fortunées parce que le gouvernement local ne peut répondre au besoin. Actuellement il n'y a qu'une économie canadienne, et tous les facteurs importants du régime économique sont sous la juridiction fédérale, tels que le tarif et les relations extérieures, les traités de commerce, la paix à l'intérieur, le système bancaire, les chemins de fer, etc., et cependant toute la législation sociale rendue nécessaire par l'essor économique, est sous la juridiction provinciale, et un grand nombre de provinces ont succombé sous le poids. En d'autres termes, l'autorité centrale détermine, autant que possible, l'orientation économique de notre vie nationale, mais c'est une autre autorité qui est appelée à résoudre les problèmes domestiques qui en résultent. C'est une anomalie.

Les hommes qui reviendront de la guerre auront certainement le droit de s'attendre à ce que les problèmes de juridiction et et d'administration concernant les mesures de sécurité sociale aient été résolus—au moins dans la mesure où ils influent sur cette phase particulière des projets pour l'après-guerre. Il devrait être possible d'harmoniser nos plans et notre pratique de façon à permettre aux vétérans, particulièrement à ceux qui sont ou qui deviennent invalides ou inemployables, que ce soit par suite de leur service militaire ou non, de vivre convenablement.

La sécurité sociale après la dernière guerre

Dès la fin de la guerre de 1914-1918 le gouvernement fédéral assuma l'entière responsabilité du rétablissement des soldats démobilisés. L'hospitalisation et la formation professionnelle, avec paie et allocations, étaient fournies aux invalides, tandis qu'un service de placement et d'établissement agricole aidait aux hommes valides. Tous les vétérans en chômage qui étaient de bonne foi, invalides ou autres, pouvaient aussi obtenir une aide financière grâce à un octroi du gouvernement au Fonds patriotique du Canada.

Le ministère du Rétablissement civil des soldats fixa les taux de secours suivants, pour les pensionnaires ou ceux qui avaient droit aux allocations versées par ce ministère:

	Par mois
Célibataire	$ 50 00
Mari et femme	75 00
Mari et femme, 1 enfant	87 00
Mari et femme, 2 enfants	97 00
Maximum	100 00

Ainsi le gouvernement fédéral directement ou par octroi fournissait tous les éléments de sécurité sociale à tous les vétérans pour une certaine période, seulement. Plus tard, les allocations aux vétérans valides ont été réduites ou discon-

tiuées, et l'aide financière accordée aux vétérans sans emploi s'est bornée aux seuls pensionnaires. Les taux d'assistance ont été fortement réduits en juillet 1935, au maximum suivant, y compris les pensions:

	Par mois
Célibataire	$ 18 75
Mari et femme	30 00
Mari et femme, 1 enfant	34 50
Mari et femme, 2 enfants	39 50
Pour chacune des autres personnes à charge	3 00

Cependant, en 1930, par la mise en vigueur de la Loi des allocations aux anciens combattants, et la modification des règlements de traitement, on assumait de nouveau la responsabilité d'un petit groupe, c'est-à-dire de ces vétérans qui avaient servi sur un théâtre réel de guerre et qui étaient "épuisés" ou indigents ou qui avaient besoin de traitements ou de remèdes.

Ces mesures de "sécurité sociale" pour les vétérans divisaient donc les anciens combattants de la dernière guerre en deux catégories: ceux qui ont droit à une compensation du gouvernement, et ceux qui doivent prendre leur place parmi les autres citoyens et dont la province ou la municipalité devint responsable. Si de nouveau la responsabilité du gouvernement fédéral est ainsi restreinte, plusieurs milliors de vétérans de cette guerre-ci devront compter sur les mesures de sécurité sociale qui existent actuellement, ou sur celles qui pourront être prises à la suite des délibérations de ce Comité.

La sécurité sociale en fonction des nécessités de l'existence

Pour l'homme moyen, l'argent gagné ou non, est l'équivalent de la sécurité sociale. L'homme moyen veut savoir quelles sont les nécessités de l'existence, y compris les soins, en cas de maladie, que cet argent lui procurera aux prix courants. Voilà précisément ce que le soldat de la guerre actuellee, une fois démobilisé, se demandera lorsqu'il cessera de recevoir sa solde et les allocations, et jusqu'à ce qu'il soit établi dans une occupation civile convenable où qui lui vaudra un bon traitement ou salaire. Tout projet qui ne réussit pas à subvenir aux besoins d'un individu ou d'une famille de façon à maintenir la santé et le moral, n'arrivera pas à assurer la sécurité sociale.

De nouveaux taux de subsistance en faveur des anciens combattants viennent d'être établis par le gouvernement pour la formation professionnelle, l'allocation de chômage, ainsi que pour les périodes d'hospitalisation ou d'étude.

A ce sujet, j'attire votre attention sur l'annexe, qui paraît à la fin de notre requête, et où sont inscrits en détail les taux couvrant les paiements aux célibataires comme à ceux qui ont diverses personnes à charge.

Ces mesures et ce taux sont bien supérieurs aux précédents. Le gouvernement a aussi reconnu la nécessité d'accorder des allocations supplémentaires pour les enfants. Celles-ci ne seront accordées, toutefois, que pendant une période de temps limitée; et si le rétablissement n'a pas eu lieu pendant cette période, ceux qui sont visés par cette mesure n'auront aucun moyen d'existence, sauf le secours municipal, à moins que l'on adopte un système déterminé de sécurité sociale. Il serait audacieux de prédire qu'il n'y aura pas énormément de chômage dans diverses industries et dans différentes localités immédiatement après la guerre. Il faut que nos projets puissent faire face à des conditions de ce genre, qu'elles soient de courte ou de longue durée. C'est un problème urgent que nous devons prendre immédiatement en considération, même ci les plans adoptés ne peuvent être appliqués que plus tard.

Les taux de l'assurance-chômage sont insuffisants

La prestation de chômage prévue par le barème dont nous avons parlé se rattache directement au barème des taux de prestation de la Loi d'assurance-

chômage. Cette loi, cependant, ne tient pas compte des eenfants, le maximum payable étant de $12.24 par semaine pour un célibataire et de $14.40 par semaine pour quelqu'un ayant une personne à sa charge.

Les mesures temporaires destinées à préparer les hommes à subvenir à leurs propres besoins et à réduire le chômage qui suit la démobilisation, sont plus généreuses quant aux taux de subsistance parce qu'elles pourvoient aux besoins des enfants, et, à notre avis, elles établissent une base permettant de déterminer un taux suffisant de sécurité sociale pour le Canada. Il est certain que les taux du barème des seules prestations de chômage ne suffiront pas à moins d'y ajouter les allocations nécessaires pour les enfants, dans le cas de longues périodes de chômage.

Les salaires trop bas doivent être complétés par les allocations pour les enfants.

La Légion tient à exprimer l'opinion que le travail ne donne pas la sécurité sociale, à moins que le salaire ne soit suffisant. Par conséquent, nous croyons qu'il doit y avoir un certain rapport entre un taux prévu par la sécurité sociale et un salaire minimum, et que tous deux doivent positivement se rattacher à l'indice du coût de la vie. Si l'échelle des salaires est si basse qu'ils ne subviennent pas aux besoins d'une famille, il faut les compléter au moyen d'allocations pour les enfants si l'on compte abolir la grande pauvreté. Il y a maintenant un sentiment déterminé au sujet de la responsabilité qui incombe à l'Etat relativement aux enfants tout au moins, si une industrie ou une entrepise commerciale ne peut pas payer un salaire suffisant à ses employés. De plus, si ces conditions se prolongent trop, l'on pourrait vraiment se demander si cette entreprise ou cette industrie contribue de quelque manière au bien du pays.

La Loi des allocations aux anciens combattants

De toutes les mesures en faveur des soldats rentrés dans leurs foyers, la Loi des allocations aux anciens combattants—qui prévoit une allocation de chômage et de vieillesse prématurée—a été la plus applaudie. Elle assure un revenu mensuel à tout vétéran qui remplit les conditions requises, à 60 ans, ou à tout vétéran souffrant d'une infirmité physique ou mentale qui l'empêche de gagner sa vie, ou qui est complètement invalide. Le taux payable à un célibataire est de $20 par mois, et à un homme marié, de $40 par mois. A ces taux on a récemment ajouté $5 pour un célibataire et $10 pour un homme marié, en considération de l'augmentation du coût de la vie. Un aspect intéressant de cette loi est la permission donnée à l'allocataire de se faire des suppléments fortuits pourvu que le revenu global n'excède pas un maximum statutaire. En certains cas, un allocataire peut toucher, allocation comprise, $850 par année, s'il est marié, ou $480 par année, s'il est célibataire.

C'est aux tarifs prévus par cette mesure que la Légion a voulu faire exception. Les taux en question sont absolument insuffisants à quiconque n'a pas d'autre source de revenu. On a découvert qu'un grand nombre de célibataires et de pères de famille s'efforçaient de subvenir à leurs besoins avec ces allocations sans recevoir aucun revenu supplémentaire. Voilà pourquoi, en 1942, le gouvernement a autorisé le paiement d'une allocation additionnelle de $25 par mois dans le cas des célibataires sans autre revenu, et de $50 par mois dans le cas des hommes mariés sans autre revenu. Et suivant l'opinion de la Légion, les sommes versées sont encore insuffisantes à la subsistance dans les circonstances actuelles.

Pour expliquer la méthode de pondération de l'indice du coût de la vie en usage au ministère du Travail (voir page 534 de la *Gazette du Travail*, avril 1943), on a recours à un tableau illustrant dans quelle proportion sont répartis les frais annuels de subsistance du chef de famille canadien, y compris des chefs de dépense tels que la nourriture, le logement, le chauffage, l'habillement, et le

reste. Le tableau suivant montre comment ces dépenses cadrent avec le montant mensuel de bas de l'allocation aux anciens combattants (mariés et célibataires), et les allocations supplémentaires:

Chef de dépense	Pourcentage	Taux mensuels M.	C.
Nourriture	31.3	$12 52	$ 6 26
Logement	19.1	7 64	3 82
Chauffage	6.4	2 56	1 28
Habillement	11.7	4 68	2 34
Entretien de la maison	8.9	3 56	1 78
Divers	22.6	9 04	4 52
	100.0	$40 00	$20 00

Chef de dépense	Pourcentage	Taux mensuels avec allocations supplémentaires M.	C.
Nourriture	31.3	$15 65	$ 7 82
Logement	19.1	9 55	4 83
Chauffage	6.4	3 20	1.60
Habillement	11.7	5 85	2 93
Entretien de la maison	8.9	4 45	2 22
Divers	22.6	11 30	5 60
	100.0	$50 00	$25 00

Le poste divers comprend: santé, 4.3 p. 100; soins personnels, 1.7 p. 100 frais de transport, 5.6 p. 100; récrétation, 5.8 p. 100; assurance-vie, 5.2 p. 100.

Il ressort clairement de ces chiffres que l'allocataire en question ne peut se faire un budget conforme aux habitudes du citoyen moyen chez nous. Il faudrait affecter à la nourriture, au logement, au chauffage et à l'habillement une grande partie des deniers affectés aux item divers. Sous le régime du coût actuel de la vie, la Légion soutient que, même avec l'allocation supplémentaire, les présents tarifs d'allocations sont insuffisants à la subsistance.

A cet égard une résolution, adoptée en mai 1942 par la Légion à son congrès de Winnipeg, recommande d'élever les tarifs de base de l'allocation aux anciens combattants à $30 par mois, pour les célibataires, et à $60 par mois pour les hommes mariés. Depuis lors, le gouvernement, on l'a dit, a décidé d'augmenter les tarifs d'allocation en vue de l'entretien, après la guerre, des soldats licenciés. Il n'est que de se reporter à l'appendice où figurent ces augmentations. La Légion se croit donc autorisée à demander que des mesures soient prises le plus tôt possible pour assurer, par des tarifs plus rationnels, l'entretien des anciens combattants allocataires qui n'ont pas d'autre source de revenu.

Disposition à l'égard des enfants

On remarquera que la Loi des allocations aux anciens combattants ne renferme aucune disposition à l'égard des enfants, et cependant un grand nombre d'allocataires ont des enfants à soutenir. Dans les provinces où des allocations sont accordées aux mamans, il y a un léger surplus de disponible, mais les deux allocations réunies sont encore insuffisantes à l'achat des nécessités de la vie. Citons un exemple. Il s'agit d'une famille de cinq enfants domiciliée à London, Ontario. Le père est dans un sanatorium et souffre de tuberculose. A titre

d'invalide, il touche l'allocation des anciens combattants et rentre dans la catégorie des hommes mariés. Sa femme a droit à l'allocation aux mères parce qu'elle prend soin des enfants. Si cette famille recevait des deux sources un paiement maximum, le revenu disponible serait de $105. Mais le gouvernement fédéral a l'habitude d'assigner $15 par mois de l'allocation aux anciens combattants à l'institution provinciale où le papa est pensionnaire, laissant ainsi $25 à la maman et aux enfants. A cette somme, l'allocation aux mères ajoute un autre $20, ce qui fait un total de $45 par mois, pour le soutien d'elle-même et de ses cinq enfants. Or ce montant, à notre sens, est insuffisant pour maintenir cette famille en bonne santé. Le résultat? Tous les enfants sont maintenant atteints de tuberculose, et une fille a rejoint son père au sanatorium. La mère s'efforce de subvenir aux besoins de ses enfants avec une moyenne de $90 par personne par année, ce qui fait que l'alimentation de la famille est défectueuse. Une enquête tenu en 1937-1938 et publiée par le Bureau de la statistique a révélé que les familles touchant un revenu annuel de moins de $199 par personne par année—cette enquête a été tenue en 1937-1938—recevaient une alimentation défectueuse sous tous les rapports, si l'on s'en tient aux normes alimentaires préconisées actuellement par le gouvernement canadien. Ces déficiences varient de 8 p. 100 en fait de calories à 36 p. 100 en fait de calcium, cet ingrédient du lait, et le lait occupe 49 p. 100 des normes fixées. D'après l'enquête, ce n'est qu'au niveau de $400 à $499 par année de revenu individuel que l'alimentation a pu être satisfaisante. La mauvaise alimentation ne résulte pas nécessairement, dans chaque cas, de la faiblesse du revenu, mais les résultats de cette enquête n'en sont pas moins fort alarmants.

Il est évident que les allocations accordées aux anciens combattants qui ont des enfants à charge sont absolument insuffisantes au maintien de la santé et du moral.

La Légion se croit donc autorisé à recommander énergiquement l'introduction au Canada d'un nouveau tarif uniforme d'allocations pour les enfants qui, ajoutées aux allocations aux anciens combattants, devraient suffire aux fins pour lesquelles ces allocations sont accordées.

Le célibataire invalide n'est guère mieux partagé. Il est à peu près impossible, dans les villes, de se procurer les nécessités de la vie avec $25 par mois. Cet allocataire doit, ou bien rejoindre des parents ou des amis avec lesquels il peut élire domicile, ou bien entrer dans une institution. A défaut de quoi, son sort ne peut être qu'extrêmement pitoyable.

Extension de l'allocation aux anciens combattants à tous les Canadiens qui ont fait du service

N'ont droit à l'allocation aux anciens combattants que ceux qui ont servi sur un théâtre réel de guerre. La Légion, toutefois, n'a pas hésité à favoriser l'admission parmi les allocataires de tous ceux qui ont fait du service hors du Canada. Elle est aussi en faveur de l'extension de l'allocation aux anciens combattants à tous les membres des Forces impériales qui résidaient au Canada le 1er septembre 1930 et qui ont continué de résider au Canada.

Quant au anciens combattants de nos armées qui ne peuvent actuellement toucher l'allocation, on a représenté que si les mesures de sécurité sociale doivent s'étendre à tous les citoyens, alors, ceux qui ont servi soit en dehors du Canada, soit au pays, bien qu'il ne s'agisse pas d'un théâtre réel de guerre au sens de la Loi, ne devraient pas, pour cette raison, recevoir un traitemeent moins favorable. On peut soutenir que plusieurs de ceux qui servaient en Belgique, en France ou sur d'autres théâtres réels de guerre ne se sont pas trouvés plus près de la mêlée que celui qui était obligé de demeurer en Angleterre. En outre, un grand nombre étaient retenus en Augleterre à cause de leur âge, et ces hommes ont droit à toute la considération possible parce que, n'étant plus jeunes, ils ont eu à subir toutes les vicissitudes de l'instruction et du service militaires.

La Garde des Vétérans

Il ne faut pas négliger, non plus, le cas des vétérans de la dernière guerre qui se sont de nouveau enrôlés pour servir dans la présente guerre, comme membres de la Garde des Vétérans et d'autres unités, et dont quelques-uns ont pu servir en Angleterre seulement, mais par suite de ce deuxième terme de service seront trop vieux au moment de leur licenciement et de leur rétablissement dans la vie civile. Ces hommes ne devraient pas se voir exclus des avantages de la Loi des allocations aux anciens combattants parce qu'ils n'ont pu servir sur un théâtre réel de guerre.

Extension de l'allocation aux anciens combattants à ceux qui ont servi dans les Forces impériales

Le cas du vétéran des Forces impériales est tout autre. A différentes époques, des résolutions ont été adoptées aux congrès nationaux de la Légion pour étendre l'allocation aux anciens combattants, aux vétérans des Forces impériales qui ont résidé au Canada durant une période déterminée. La Légion, lors de son congrès de 1942 à Winnipeg, a adopté la résolution suivante:

> Qu'instances soient faites auprès du gouvernement fédéral pour démontrer l'opportunité et la nécessité de prendre des dispositions immédiates à l'égard des vétérans des Forces impériales, afin qu'ils puissent toucher l'allocation aux anciens combattants aux mêmes conditions que les vétérans canadiens, sans qu'il soit tenu compte du domicile avant la guerre, pourvu que ces vétérans impériaux aient résidé au Canada le 1er septembre 1930 et soient restés depuis au Canada.

La Légion canadienne est donc fermement convaincue—le passage précédent l'atteste—que les anciens combattants des Forces impériales qui ont habité longtemps le Canada devraient recevoir, sur leurs vieux jours, le même traitement que les anciens combattants d'origine canadienne. Limitée aux anciens combattants, la Loi des allocations aux anciens combattants est une mesure de sécurité sociale qui assure à l'allocataire une allocation de subsistance versée à un âge moins avancé que les pensions de vieillesse. On se fonde sur le fait que les vétérans des Forces impériales ont droit au même traitement que leurs camarades canadiens, s'ils ont habité assez longtemps le Canada. Ces hommes se sont battus côte à côte avec les Canadiens. Ils sont devenus de bons citoyens canadiens, assumant leur fardeau des charges publiques, payant l'impôt et élevant leur famille au Canada. Leur état civil, au Canada, leur mérite la même considération qu'aux citoyens canadiens qui, durant leurs années de service, ont combattu dans les mêmes rangs, affronté les mêmes dangers et souffert les mêmes fatigues, et les membres des Forces impériales qui ont maintenant droit à toucher une allocation de subsistance aux termes de la Loi des allocations aux anciens combattants seraient environ au nombre de 2,500, soit à peu près 3 p. 100 de ceux qui se sont établis au Canada.

Si ces vétérans des Forces impériales étaient restés dans le Royaume-Uni, ils auraient joui de toutes les mesures sociales adoptées là-bas. Les privilèges créés par ces mesures sociales s'étendent aussi aux vétérans d'origine canadienne qui résident dans le Royaume-Uni. Les vétérans d'origine canadienne qui résident dans le Royaume-Uni peuvent même réclamer, sans y avoir contribué, une pension de vieillesse, pourvu qu'ils aient résidé dans le Royaume-Uni pour une période d'ensemble d'au moins douze ans depuis l'âge de cinquante ans. Par contre, pour les citoyens d'origine étrangère, la période de résidence fixée est de vingt ans.

Il n'y a naturellement pas, en Grande-Bretagne, de loi concernant les anciens combattants qui soit comparable à celle des allocations aux anciens combattants, surtout parce que, là-bas, des mesures sociales existaient déjà avant la Grande

Guerre et pouvaient être facilement adaptées aux conditions d'après-guerre. Nous croyons que, par un échange de bons procédés, les privilèges de la Loi des allocations aux anciens combattants pourraient maintenant être accordés aux vétérans impériaux domiciliés chez nous depuis un nombre d'années suffisant. Des accords bilatéraux comme ceux-là existent déjà entre certains dominions du Commonwealth britannique, et d'autres parties de l'Empire britannique auraient sans doute conclu des accords analogues si la guerre n'avait pas éclaté.

Les vétérans des Forces impériales qui reçoivent une pension pour invalidité ou service militaire sont particulièrement mal partagés, parce que les pensions britanniques sont calculées sur le niveau de vie du Royaume-Uni, et sont, en général, moins élevées que les pensions au Canada. En outre, ces vétérans sont péniblement affectés par les taux du change. Un grand nombre d'anciens combattants des Forces impériales établis au Canada, et qui ne sont pas admissibles à un emploi, s'efforcent de subsister avec 1 livre sterling, ou $4.43 par semaine (lorsqu'ils sont célibataires), et 2 livres, ou $8.66 par semaine (s'ils sont mariés). Ces hommes comptent avec raison que leurs camarades du Corps expéditionnaire canadien appuieront leur requête pour une amélioration de leur sort par une mesure de sécurité sociale plus avantageuse que par le passé.

Généreux traitement accordé aux anciens combattants sur leurs vieux jours

Jusqu'ici, nous n'avons parlé en grande partie, dans notre mémoire, que des tarifs de sécurité sociale, convaincus que la garantie d'un revenu suffisant à tous les citoyens est le seul moyen d'abolir la misère. Nous sollicitons une solution immédiate dans le cas des vétérans, parce que la loi existante facilite l'adoption d'une telle solution. Nous croyons, en outre, que ces privilèges accordés aux vétérans sur leurs vieux jours devraient être maintenus, indépendamment de toute mesure de sécurité sociale qui pourra être adoptée en faveur des non-vétérans. Un homme qui s'est battu pour son pays en temps de guerre devrait avoir une meilleure place qui tout autre dans les plans de sécurité sociale de son pays.

Disposition générale en vue de la retraite

Si les différences actuelles de traitement entre ceux qui attendent du gouvernement des mesures de sécurité sociale et ceux qui se voient réduits à la part des civils sont appelés à prévaloir, un grand nombre d'anciens combattants prendront alors un vif intérêt au programme de sécurité sociale du gouvernement.

La Légion est d'avis qu'un plan d'assurance obligatoire de vieillesse devrait être adopté le plus tôt possible. Entre temps, il faudra prendre des mesures provisoires pour que ceux qui ne peuvent acquérir une pension de retraite reçoivent un traitement satisfaisant. Un grand nombre d'anciens combattants rentrent actuellement dans cette catégorie. Le tarif établi par cette loi devra aussi suffire aux fins de la Loi. Qu'il s'agisse d'anciens militaires ou de civils, le niveau de vie adopté devrait s'appliquer à tous ceux qui sont devenus incapables de travailler, sans exception. Il faudra donc établir un tarif qui servirait de modèle et serait uniforme dans tous le pays. En outre, un accord bilatéral entre les provinces et le gouvernement fédéral devrait stipuler que la résidence dans n'importe quelle partie du Dominion sera acceptable dans n'importe quelle province.

Assurance-maladie

Nous croyons qu'en abolissant la misère, nous améliorerons la santé de notre peuple. A notre sens, c'est assurer un peuple contre la maladie que de faire disparaître le besoin et la crainte du besoin. Nous préconisons donc l'introduction de toute mesure comprenant l'assurance-maladie, qui procurera un niveau de vie convenable à tous les citoyens. Mais, d'après nous, les besoins des anciens combattants devraient avoir la priorité en ce qui a trait aux services médicaux du

pays, et les soins aux vétérans invalides ne devraient pas être confondus dans un plan général d'assurance-maladie. Dans le groupe des vétérans, il y aura ceux qui seront autorisés par les règlements à recevoir durant plusieurs années, du ministère des Pensions et de la Santé nationale, un traitement pour incapacité ou autre maladie. Tous les autres bénéficieront sans doute de tout plan adopté, en définitive, par le Parlement comme le mieux approprié pour le Canada.

Sous ce rapport, la Légion désire se déclarer en faveur d'un plan national obligatoire, et avec contribution, d'assurance-maladie, pourvu que quiconque en fait partie en retire certains avantages quand il en aura besoin. Nous croyons que certaines garanties en faveur de la liberté individuelle devraient figurer expressément dans la loi. Tout contributeur devrait avoir le droit de recevoir le genre de traitement déterminé qu'il croit le plus favorable à sa santé ou le plus efficace pour guérir la maladie dont il souffre. Toute intervention arbitraire auprès des individus ou des familles dans les questions de santé, ou toute tentative de limiter les traitements à ceux que peut fournir telle ou telle école médicale, serait de nature à alarmer une partie considérable de la population. Si la contribution à l'assurance-maladie doit être obligatoire, nous proposons alors que, lorsque le traitement requis ou désiré par le contributeur ne peut être obtenu que de sources non reconnues, à l'heure actuelle, par le projet de loi, une allocation en argent devrait être versée pour permettre à l'allocataire de suivre le traitement désiré, sauf dans les cas de maladie contagieuse. Ces garanties de la liberté individuelle pourront sans doute être étudiées conjointement avec les gouvernements provinciaux, dont la plupart admettent déjà, dans une certaine mesure, le bien-fondé, au point de vue légal, du droit qu'a tout individu de choisir le genre de traitement qu'il veut recevoir.

Assurance-chômage

La Légion s'est toujours déclarée en faveur d'un système d'assurance-chômage avec contribution. Cependant, en tant que mesure de sécurité sociale, la Loi actuellement en vigueur pèche parce qu'elle exclut plusieurs catégories de travailleurs qu'elle devrait inclure pour faire partie d'un plan satisfaisant. l'assurance-chômage sans allocation de retraite est incomplète.

.....

En terminant ce mémoire soumis au nom de la Légion, récapitulons donc nos vues et recommandations en ces termes:

(1) La Légion approuve un système obligatoire, et avec contribution, de sécurité sociale pour tous les citoyens, indépendamment du lieu de résidence au pays, et y compris l'assurance-chômage, l'allocation de retraite, l'assurance-maladie et l'allocation pour frais de funérailles.

(2) L'Etat devrait se charger des allocations aux enfants, des prestations de mariage et de maternité.

(3) Des mesures devraient être prises en vue d'un système intelligent d'assurance contre les accidents du travail au Canada.

Pour cela, il faudra collaborer avec les provinces et faire disparaître, autant que possible, les incompatibilités qui existent entre les différentes lois sur les accidents du travail.

(4) D'un bout à l'autre du Canada, le tarif établi de sécurité sociale devrait suffire à faire disparaître le besoin, et devrait enfin se modeler sur l'indice du coût de la vie et varier selon le cas.

(5) Les hommes qui ont fait la guerre devraient recevoir une considération spéciale, non seulement dans les mesures de rétablissement, mais aussi, une fois qu'ils ne sont plus capables de travailler, grâce à la Loi des allocations aux anciens combattants.

(6) La sécurité sociale, établie sur une échelle satisfaisante, devrait être rendue immédiatement disponible à tous les vétérans canadiens qui sont incapables de travailler, et aux vétérans des Forces impériales qui, après avoir servi sur un théâtre réel de guerre, ont fourni une période suffisante de résidence au Canada. La loi déjà existante, à cet égard, est la Loi des allocations aux anciens combattants.

(7) Les tarifs d'allocations aux anciens combattants devraient suffire à procurer les nécessités de la vie et être calculés de façon scientifique. Sous ce rapport, la proposition qu'a faite, à son congrès de Winnipeg, la Légion de se reporter au budget de subsistance dressé dans le rapport Marsh, et aussi les tarifs établis par le gouvernement pour subvenir aux besoins des soldats réformés après la guerre, fournissent matière suffisante à une décision.

(8) Si l'assurance-maladie doit être obligatoire, alors une disposition devrait être prise en faveur de ceux qui désirent suivre un traitement de sources non orthodoxes.

(9) Des mesures devraient être prises immédiatement pour accorder des allocations satisfaisantes aux enfants des anciens combattants allocataires.

(10) Certaines mesures devraient être adoptées en prévision des difficultés juridiques qui pourraient surgir entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces par suite de l'application à tout le Dominion de mesures retardatrices de sécurité sociale, surtout en ce qui concerne les anciens combattants.

La Légion et, sans doute, tous les membres du Comité ont été profondément impressionnés par le rapport Beveridge et le rapport présenté par le docteur Marsh. Nous croyons que les principales fins visées recueilleront un suffrage presque unanime. L'introduction d'un système satisfaisant, et avec contribution, de sécurité sociale jettera les bases de la liberté économique de notre peuple et fera disparaître, en bonne partie, les causes de la détresse et des difficultés que nous éprouvons à l'intérieur de notre pays. Supprimer la crainte du besoin, ce sera affranchir les esprits et les énergies, qui seront libres alors de s'appliquer à l'étude de programmes positifs d'action, au lieu de se consumer dans des réflexions déprimantes et une inaction négative.

Nous ne croyons pas qu'il faille attendre la fin de la guerre pour envisager un plan de sécurité sociale. Ce plan devrait faire partie de l'effort de restauration générale. Sous se rapport, nous nous permettons de renvoyer le Comité au mémoire présenté par la Légion au comité de la restauration et du rétablissement.

PRESTATIONS ET ALLOCATIONS DE RÉADAPTATION (C.P. 7633)

(Modifié par C. P.2/3241, applicable le 1er mai 1943)

TARIFS DE BASE—Prestations de chômage; allocations de formation, d'agriculture, de convalescence et d'instruction aux non-pensionnaires:—

—	Célibataire sans personne à charge	Époux et épouse seuls	Un enfant	Deux enfants	Trois enfants	Quatre enfants	Cinq enfants	Six enfants
			$ cts.	$ cts.	$ cts.	$ cts.	$ cts.	$ cts.
	$44.20 par mois ($10.20 par semaine)	$62.40 par mois ($14.40 par semaine)	74 40	86 40	96 40	104 40	112 40	120 40

(Allocation au PÈRE ou à la MÈRE entièrement ou principalement à la charge du réformé, $15 par mois)

PLAFONNEMENT DE L'ALLOCATION AUX PENSIONNAIRES QUI SUIVENT DES COURS DE FORMATION (PROFESSIONNELLE OU POSTSCOLAIRE):—

Pourcentage d'invalidité	Célibataire sans personne à charge			Époux et épouse seuls			Un enfant	Deux enfants	Trois enfants	Quatre enfants	Cinq enfants	Six enfants
	Pension	Allocation	Total	Pension	Allocation	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
	$ c.	$ c.	$ c.	$ c.	$ c.	$ c.	$ c.	$ c.	$ c.	$ c.	$ c.	$ c.
5	3 75	44 20	47 95	5 00	62 40	67 40	79 40	91 40	101 40	109 40	117 40	125 40
10	7 50	44 20	51 70	10 00	62 40	72 40	84 40	96 40	106 40	114 40	122 40	130 40
15	11 25	43 75	55 00	15 00	60 00	75 00	87 00	99 00	109 00	117 00	125 00	133 00
20	15 00	40 00	55 00	20 00	55 00	75 00	87 00	99 00	109 00	117 00	125 00	133 00
25	18 75	36 25	55 00	25 00	50 00	75 00	87 00	99 00	109 00	117 00	125 00	133 00
30	22 50	32 50	55 00	30 00	45 00	75 00	87 00	99 00	109 00	117 00	125 00	133 00
35	26 25	28 75	55 00	35 00	40 00	75 00	87 00	99 00	109 00	117 00	125 00	133 00
40	30 00	25 00	55 00	40 00	35 00	75 00	87 00	99 00	109 00	117 00	125 00	133 00
45	33 75	21 25	55 00	45 00	30 00	75 00	87 00	99 00	109 00	117 00	125 00	133 00
50	37 50	17 50	55 00	50 00	25 00	75 00	87 00	99 00	109 00	117 00	125 00	133 00
55	41 25	13 75	55 00	55 00	20 00	75 00	87 00	99 00	109 00	117 00	125 00	133 00
60	45 00	11 25	56 25	60 00	15 00	75 00	87 00	99 00	109 00	117 00	125 00	133 00
65	48 75	12 19	60 94	65 00	16 25	81 25	93 25	105 25	115 25	123 25	131 25	139 25
70	52 50	13 12	65 62	70 00	17 50	87 50	99 50	111 50	121 50	129 50	137 50	145 50
75	56 25	14 06	70 31	75 00	18 75	93 75	105 75	117 75	127 75	135 75	143 75	151 75
80	60 00	15 00	75 00	80 00	20 00	100 00	112 00	124 00	134 00	142 00	150 00	158 00
85	63 75	15 94	79 69	85 00	21 25	106 25	119 00	130 25	140 25	148 25	156 25	164 25
90	67 50	16 87	84 37	90 00	22 50	112 50	126 00	136 50	146 50	154 50	162 50	170 50
95	71 25	17 81	89 06	95 00	23 75	118 75	133 00	142 75	152 75	160 75	168 75	176 75
100	75 00	18 75	93 75	100 00	25 00	125 00	140 00	149 00	159 00	167 00	175 00	183 00

Le PRÉSIDENT: Je vous remercie, colonel Nicholson. Y a-t-il des questions à poser au colonel Nicholson?

M. Shaw:

D. Je me permets de vous renvoyer à la page où vous parlez d'allocations aux anciens vétérans, qu'ils aient servi sur un théâtre réel de guerre ou non. On signale que les hommes envoyés outre-mer et retenus en Angleterre étaient naturellement prêts à tous les sacrifices qui seraient exigés d'eux. A la page 15, où vous faites allusion aux vétérans des Forces impériales, vous bornez votre recommandation à ceux qui ont servi sur un théâtre réel de guerre. Y aurait-il une raison particulière d'exclure ainsi le vétéran des Forces impériales et d'exiger qu'il ait servi sur un théâtre réel de guerre pour pouvoir bénéficier de notre plan?

L'hon. M. MACKENZIE: La Légion remonte plusieurs années en arrière, et le principal obstacle à sa requête d'étendre la Loi des allocations aux anciens combattants aux vétérans des Forces impériales qui résidaient au Canada avant une certaine date, c'est que nos propres citoyens ne sont admis à toucher l'allocation que s'ils ont servi sur un théâtre réel de guerre, et l'on est généralement d'avis, au Canada, que dans les cas des vétérans des Forces impériales il est impossible, même s'ils ont servi sur un théâtre réel de guerre, de les admettre aux avantages de la Loi des allocations aux anciens combattants si vous n'accordez pas ces avantages à nos propres soldats qui ont servi au Canada et en Angleterre. A mon sentiment, on ne peut admettre les vétérans des Forces impériales qui ont servi sur un théâtre réel de guerre sans admettre au préalable tous les Canadiens, où qu'ils aient servi.

M. GERSHAW: A la page 14, vous dites: "Si la contribution à l'assurance-maladie doit être obligatoire, nous proposons alors que, lorsque le traitement requis ou désiré par le contributeur ne peut être obtenu que de sources non reconnues, à l'heure actuelle, par le projet de loi..."—je présume que cela désigne une personne autre qu'un praticien—"...une allocation en argent devrait être versée pour permettre à l'allocataire de suivre le traitement désiré, sauf dans les cas de maladie contagieuse." J'aimerais savoir si l'orateur invité a songé au montant de l'allocation qu'il faudrait accorder. Ce montant serait-il égal aux contributions du contributeur ou serait-il suffisant pour couvrir les frais du traitement qu'il veut se procurer?

Le TÉMOIN: Je pense que le montant serait calculé d'après la somme versée à un praticien en conformité du plan, et serait équivalent à ce que toute autre personne recevrait.

Le PRÉSIDENT: Capitaine Kermack, avez-vous quelque chose à ajouter à la déclaration du colonel Nicholson? Vous représentez, n'est-ce pas, la Division impériale?

Le capitaine GEORGE KERMACK, représentant de la Division impériale de la Légion canadienne, *British Empire Service League,* est appelé.

Le TÉMOIN: Monsieur le président, monsieur le ministre et messieurs, au moment où votre Comité songe à ouvrir une vaste enquête sur la sécurité sociale de toute la population civile du Canada, nous jugeons essentiel de rappeler brièvement au Comité la situation très difficile où se trouvent actuellement quelque 2,500 vétérans des Forces impériales dont quelques-uns sont mariés, et qui, après avoir résidé au Canada durant une période de temps considérable, sont aujourd'hui dans le besoin. Nous nous proposons également de soumettre certaines remarques sur la situation des vétérans, hommes et femmes, des Forces impériales qui émigreront peut-être au Canada après avoir servi dans la présente guerre.

Vétérans des guerres antérieures

Des tentatives infructueuses ont été faites pour procurer à ces vétérans qui ont servi sur un théâtre réel de guerre ou qui souffrent des suites de blessures reçues au cours de leur service militaire les avantages de la Loi des allocations aux anciens combattants, à condition qu'ils aient résidé au Canada le ou avant le 1er septembre 1930, date de l'entrée en vigueur de la Loi des allocations aux anciens combattants, et qui ont, depuis, élu domicile au Canada.

Les vétérans impériaux ont trouvé la proposition juste et équitable, et ils ne sont pas en mesure de comprendre les objections que l'on a élevées contre elle.

Le fait est que, à l'heure actuelle, les vétérans impériaux qui auraient résidé au Canada depuis une date postérieure à l'année 1902, moment où s'est terminé leur service dans la Guerre sud-africaine—c'est-à-dire depuis 40 ans au plus, à venir jusqu'à ce jour, ou depuis l'armistice de novembre 1918, c'est-à-dire depuis 24 ans au plus—se voient exclus des avantages de cette loi de portée sociale.

Il convient d'opposer cette manière d'agir à celle du Royaume-Uni, surtout sous le rapport du système sans contribution des pensions de vieillesse et aux fins desquelles un citoyen d'origine canadienne devient admissible au bout d'une période d'ensemble de 12 ans de domicile, après avoir atteint l'âge de 50 ans.

Les principaux points de la discussion semblent être les suivants:

1. La Loi des allocations aux anciens combattants est une loi sociale qui a été adoptée 11 ans après le dernier coup de feu tiré dans la première Grande Guerre.

2. La loi visait un état d'invalidité ou d'incapacité à s'entretenir chez les anciens combattants (au sens de la loi) qui, ou bien avaient servi durant la première Grande Guerre sur un théâtre réel de guerre, ou bien reçoivent actuellement des pensions pour infirmité ou maladie contractée ou aggravée durant le service fourni dans cette guerre, ou bien ont accepté des versements définitifs au lieu de pensions annuelles en compensation de ces infirmités classées à 5 p. 100 ou davantage de l'invalidité totale.

Il est clair qu'aux termes de la loi, les principales conditions d'admissibilité sont: (1) le service sur un théâtre réel de guerre, et (2) la réception d'une pension d'invalidité ou des versements définitifs décrits ci-dessus, et qu'à défaut de l'une de ces conditions, aucune allocation ne peut être accordée. En d'autres termes, l'état d'"épuisement total" n'est pas envisagé. D'autres circonstances doivent, il est vrai, entrer en ligne de compte pour que l'allocation puisse être accordée, mais celle-ci n'ont trait qu'à l'âge, à la condition physique et à la situation où se trouve le requérant.

Les circonstances que nous avons passées en revue démontrent clairement, croyons-nous, le remède à la situation, puisqu'il ne s'agit que de rendre justice à tous et que le nombre probable des bénéficiaires n'a vraiment pas beaucoup d'importance. On remarquera, toutefois, qu'il y en aura environ 2,500, soit à peu près 3 p. 100 des vétérans impériaux domiciliés au Canada.

Nous pouvons prouver en outre, à l'appui de notre proposition, que les citoyens canadiens établis dans le Royaume-Uni sont admissibles en vertu de la loi britannique, tandis que les vétérans impériaux domiciliés au Canada ne le sont pas en vertu de la loi du pays.

Quant à la condition actuelle de ces vétérans impériaux dont nous avons parlé, il suffira peut-être de dire des centaines d'anciens membres réguliers des Forces britanniques domiciliés au Canada s'efforcent actuellement de subsister avec un revenu global,

(*a*) Dans le cas des célibataires, de 1 livre ou $4.43 par semaine, et

(*b*) Dans le cas des hommes mariés, de 2 livres ou $8.86 par semaine.

Combien de ces vétérans reçoivent un revenu encore inférieur à ceux-là, nous n'avons pas cherché à l'établir.

Sous ce rapport, nous renvoyons aux pages 3 et 4 du mémoire présenté aujourd'hui à votre Comité par la Légion canadienne, au sujet des tarifs de secours aux indigents et aux sans-travail et des tarifs de sécurité sociale calculés en fonction des nécessité de la vie, et aussi aux pages 6 et 7 du même mémoire au sujet des tarifs fixés par la Loi des allocations aux anciens combattants. Toute comparaison semble superflue.

Nous signalons avec insistance à la considération de votre Comité l'état lamentable où se trouve ce petit groupe de vétérans impériaux.

Pour fournir plus de détails encore à votre Comité, nous déposons un exemplaire:

1. De notre mémoire au Comité parlementaire d'enquête sur les problèmes des soldats, en mai 1941.

2. Du mémoire préparé, en septembre 1941, par la Division impériale sur le nombre d'Impériaux établis au Canada qui bénéficieraient de notre proposition en vertu de la Loi des allocations aux anciens combattants. Les chiffres de ce mémoire seraient réduits par suite du taux de mortalité depuis 1940, et aussi du nombre de ceux qui ont obtenu un emploi qu'ils n'auraient pas obtenu si l'état de guerre n'avait pas existé.

3. Du sommaire de la situation, préparé par la Division impériale en mars 1943.

Immigration des Impériaux servant dans la présente guerre

Nous croyons qu'un grand nombre de nos camarades des Forces britanniques servant dans la présente guerre chercheront à s'établir au Canada après leur période de service, et à cet égard, nous signalons respectueusement à votre Comité l'importance de prendre le plus tôt possible, afin d'assurer le bien-être de ces hommes et de ces femmes, des mesures comme les suivantes:

La réciprocité entre le Royaume-Uni et le Canada, et, peut-être, une égale réciprocité entre les autres dominions du Commonwealth britannique et le Canada, en ce qui a trait aux droits à l'assurance nationale et aux prestations qui s'ensuivent, telles que les pensions nationales aux malades, aux veuves, aux orphelins et aux invalides, les indemnités aux victimes d'accidents du travail, les pensions de vieillesse avec ou sans contribution.

Sous le régime de la loi britannique d'assurance-maladie, des accords peuvent être conclus avec les autres dominions de l'Empire pour assurer la continuation de l'assurance dont jouissent ceux qui, après avoir été assurés en Grande-Bretagne, sont devenus ou deviennent citoyens ou employés d'un autre dominion avec lequel ces accords sont conclus.

Des accords analogues ont été conclus entre la Grande-Bretagne et l'Irlande; entre la Grande-Bretagne et l'île de Man, et entre l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Un accord analogue conclu entre le Royaume-Uni et le Canada au sujet de ceux qui immigrent durant et après la présente guerre faciliterait, semble-t-il, l'établissement des impériaux au Canada.

Conclusion

Les vétérans impériaux au Canada se considèrent dans toute l'acception du terme comme des citoyens canadiens, ils ont avec eux leur famille et se trouvent plus heureux au pays. Il est naturel qu'ils désirent voir accorder à la question du bien-être de leurs compagnons d'infortune la plus grande considération possible sous un régime démocratique qu'eux-mêmes et plusieurs de leurs enfants se sont dépensés sans compter à servir en temps de guerre.

Le PRÉSIDENT: Merci, capitaine Kermack. Y a-t-il des questions?

M. JOHNSTON: Monsieur le président, me sera-t-il permis de revenir, une fois seulement, à la page 16 du premier mémoire: "L'introduction d'un système satisfaisant, et avec contribution, de sécurité sociale jettera les bases de la liberté économique de notre peuple et fera disparaître, en bonne partie, les causes de détresse et des difficultés que nous éprouvons à l'intérieur de notre pays." J'ose poser une question: pourquoi le corps des vétérans insiste-t-il davantage sur le système avec contribution que sur le système sans contribution?

Le colonel NICHOLSON: Nous croyons que si le projet à l'étude s'organise sur un plan national, le fardeau n'en devrait pas être assumé uniquement par l'Etat, mais que quiconque en bénéficie devrait y contribuer et faire sa part.

M. JOHNSTON: S'il s'agit d'un plan national, ne peusez-vous pas que tout le monde devrait en bénéficier? En insistant sur les contributions, vous n'incluez que ceux à qui leurs moyens permettent de contribuer. Cela me paraît injuste à l'égard de certaines personnes. Je préférerais un plan sans contribution à un plan avec contribution.

Le colonel NICHOLSON: Non, je pense que nous sommes définitivement en faveur d'un plan avec contribution. Si l'allocataire peut travailler, nous trouvons qu'il devrait contribuer.

M. JOHNSTON: Ce n'est pas là ce que vous avez dit; vous dites que l'allocataire devrait contribuer, quels que soient ses moyens; voilà deux points bien différents.

Le colonel NICHOLSON: Pour ce qui est de l'assurance-chômage, l'allocataire qui ne travaille pas ne peut naturellement pas contribuer et il a besoin d'assistance, mais s'il travaille, alors il devrait contribuer. Cela répond-il à votre question?

M. SHAW: Vous trouvez que tout le monde devrait être visé?

Le colonel NICHOLSON: Oui.

M. JOHNSTON: Vous devriez préciser, dans votre rapport, le fait que si l'allocataire est en mesure de contribuer, il devrait le faire. Vous avez dit qu'il devrait y avoir un système de contributions, et cependant vous n'expliquez pas cette déclaration dans votre mémoire. Si vous insériez les éclaircissements que vous venez de fournir, tout serait assez complet.

M. HERWIG: Sauf que, d'après nous, les allocations aux anciens combattants devraient s'étendre à tous les Canadiens, et il ne s'agit plus en rien, alors, d'un système avec contribution. Nous admettons la différence qui existe entre ceux qui sont capables et ceux qui sont incapables de travailler, et ces derniers doivent recevoir l'assistance dont ils ont besoin.

L'hon. M. MACKENZIE: Je me permets de vous renvoyer un moment au mémoire de M. Kermack:

> Le fait est que, à l'heure actuelle, les vétérans impériaux qui auraient résidé au Canada depuis une date postérieure à l'année 1902, moment où s'est terminé leur service dans la Guerre sud-africaine—c'est-à-dire depuis quarante ans au plus, à venir jusqu'à ce jour, ou depuis l'armistice de novembre 1918, c'est-à-dire depuis vingt-quatre ans au plus—se voient exclus des avantages de cette loi de portée sociale.

Il y a aujourd'hui bon nombre d'Impériaux qui habitaient le Canada avant 1914 et reçoivent l'allocation aux anciens combattants—environ 400.

Le TÉMOIN: Je parle de ceux qui n'ont rien obtenu parce qu'ils n'étaient pas établis chez nous avant la Guerre sud-africaine.

L'hon. M. MACKENZIE: A mon sens, il y a équivoque dans votre paragraphe. Les Impériaux domiciliés au Canada avant la Grande Guerre sont admissibles.

Le TÉMOIN: Mais oui. Je pensais que la chose était claire; si ces Impériaux ont servi sur un théâtre réel de guerre dans la Grande Guerre. Je m'excuse de ne m'être pas exprimé clairement.

L'hon. M. MACKENZIE: Tout est clair maintenant. En second lieu, je voulais dire au colonel Nicholson qu'il nous a présenté un excellent mémoire, aussi excellent que le mémoire récemment soumis par la Légion au comité de la restauration. C'est un des meilleurs rapports que nous ayons entendus. Et maintenant, voulez-vous dire que les anciens combattants ne devraient pas être visés par les mesures générales d'assurance-maladie, ou n'entendez-vous pas plutôt que ces avantages particuliers, en fait de traitement ou autres, qu'ils reçoivent de la loi déjà existante, ou qu'ils recevront de la loi ultérieurement adoptée, ne devraient pas leur être enlevés; en d'autres termes, qu'ils devraient être protégés sous le régime de toutes les mesures spéciales qui seront prises à leur égard? Il faut vous rappeler, naturellement, que les personnes à leur charge seraient protégées sous le régime du plan général et national d'assurance-maladie, mais ces personnes à charge ne sont pas nécessairement protégées dans chaque cas par les mesures statutaires déjà en vigueur.

Le colonel NICHOLSON: Voilà justement ce que je voulais dire.

Le PRÉSIDENT: Colonel Nicholson, le Comité apprécie hautement le mémoire présenté aujourd'hui par vous-même, le capitaine Kermack et les autres membres de votre association.

Le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le jeudi 8 juillet, à 11 heures du matin.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ PERMANENT

DES

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

Fascicule n° 27

SÉANCES DES

MARDI 13 JUILLET,
MERCREDI 14 JUILLET ET
JEUDI 15 JUILLET 1943

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

PROCÈS-VERBAUX

Le MARDI 13 juillet 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 h. 30 du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Blanchette, Breithaupt, Côté, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Gregory, Hatfield, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McGarry, Shaw, Warren et Wright.—20.

Sont aussi présents: le docteur 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.

Sur proposition de M. Breithaupt, le Comité aborde l'étude d'un avant-projet de loi intitulé: Loi ayant pour objet d'établir un Conseil national de la santé physique.

A l'exception de la clause 2 (*e*) qui est biffée, toutes les autres clauses de l'avant-projet de loi, sont adoptées, ainsi que son titre, et il est convenu de faire rapport de l'avant-projet de loi à la Chambre.

Suit une discussion générale sur l'avant-projet de loi sur l'assurance-maladie.

Relativement à la clause 35 (2), il est proposé que les mots "Le président" soient biffés et remplacés par les mots "Un membre".

A une heure de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mercredi 14 juillet, à 4 heures de l'après-midi.

Le MERCREDI 14 juillet 1943.

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: Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Fauteux, Fulford, Gershaw, Howden, Johnston (*Bow-River*), Macmillan, McGarry, Warren et Wood.

Sont aussi présents: Le docteur 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; le professeur S. A. Cudmore, statisticien du Dominion, Bureau fédéral de la statistique; M. J. T. Marshall, directeur, statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique; M. S. B. Smith, directeur, statistiques commerciales, Bureau fédéral de la statistique; le colonel J. R. Munroe, directeur, statistiques financières, Bureau fédéral de la statistique; M. J. C. Brady, directeur, statistique des institutions, Bureau fédéral de la statistique.

Un certain nombre des membres du Comité désirant assister aux délibérations de la Chambre, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le jeudi 15 juillet, à 11 h. 30 du matin.

Le JEUDI 15 juillet 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 h. 30 du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Adamson, Breithaupt, Bruce, Mme Casselman (*Edmonton-est*), MM. Claxton, Côté, Gershaw, Gregory, Howden, Johnston (*Bow-River*), Kinley, MacInnis, MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGarry, Mayhew, Shaw et Wood.—19.

Sont aussi présents: Le docteur 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; le professeur S. A. Cudmore, statisticien du Dominion, Bureau fédéral de la statistique; M. J. T. Marshall, directeur, statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique; M. S. B. Smith, directeur, statistiques commerciales, Bureau fédéral de la statistique; le colonel J. R. Munroe, directeur, statistiques financières, Bureau fédéral de la statistique; M. J. C. Brady, directeur, statistique des institutions, Bureau fédéral de la statistique.

Le président produit une lettre par laquelle M. F. A. Robinson proteste, au nom des *Missions of Biblical Education*, de Toronto, contre la dictature médicale. Il dépose aussi un tract accompagnant cette lettre et intitulé: "How My Body Became its Own Physician".

Il est ordonné qu'un mémoire transmis par M. A. B. Davies et complétant la déposition que ce dernier a rendue le 10 juin devant le Comité, soit imprimé dans le compte rendu des témoignages.

Il est ordonné qu'un mémoire sur le logement, présenté par le docteur Heagerty à la demande du Comité, soit imprimé dans le compte rendu des témoignages.

Le Comité poursuit l'étude des clauses de l'avant-projet de loi.

Les alinéas (*a*), (*b*) et (*c*) de la clause 2 sont adoptés.

La clause 3 est mise à l'étude mais cette étude est différée jusqu'à ce que soit revisée la Première Annexe, qui se rapporte à cette clause.

A une heure de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le vendredi 16 juillet, à 11 h. 30 du matin.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

SUJET: SUPPLÉMENT À L'EXPOSÉ ORAL DE A. B. DAVIES, 10 JUIN 1943

(PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES, FASCICULE N° 19, PAGES 587 À 589)

Je vous prie humblement de vouloir bien me permettre d'ajouter au témoignage ci-dessus mentionné ce mémoire additionnel dont le contenu est, à mon sens, d'une *importance capitale,* dans l'intérêt public de notre pays.

Si le témoignage du docteur J. J. Heagerty, consigné à la page 60, fascicule n° 2, des Procès-verbaux du vendredi 19 mars 1943, peut être pris comme critère, *tout médecin praticien au Canada recevra annuellement $10,000* à même nos deniers publics, et cependant, une partie seulement de ses services sera rémunérée...

Fait incroyable, qui semblerait faux et impossible si ce n'était la déclaration même du docteur Heagerty que je cite, ce personnage a affirmé, je l'ai dit, devant vous que, "...*aux Etats-Unis, actuellement, 42 p. 100 des sommes dépensées pour soins médicaux vont au médecin; au Canada, 44 p. 100 environ...*" et, à en croire les chiffres recueillis, 44 p. 100 de la somme totale prélevée annuellement, au Canada, pour les soins médicaux s'élève à $105,600,000, montant qui, divisé entre le nombre total des praticiens au Canada (10,500), représente, pour chacun, une allocation nette de plus de $10,000, sans qu'il soit question de pleines journées consacrées à ces soins.

Encore une fois, à en croire le docteur Heagerty (Témoignages, fascicule nº 2, page 58), le plan national d'assurance-maladie présentement soumis à votre considération et à votre approbation n'est, pour ainsi dire, rien moins qu'une répétition du plan analogue d'assurance-maladie appliqué en Angleterre depuis 1912; toutefois, le docteur Heagerty déclare lui-même, aux pages 49 et 58 respectivement, qu'"...il a été prouvé que la santé du peuple britannique ne s'est pas améliorée en raison de l'assurance-maladie depuis son instauration, son application en Angleterre en 1912", et plus loin (page 58): "... Comme je l'ai dit en commençant, en Angleterre, *il y a exactement autant de personnes se présentant aux soins médicaux qu'en 1912*, au début de l'application du plan..." En d'autres termes, honorables messieurs, on vous demande d'approuver l'affectation, aux soins médicaux, de crédits annuels s'élevant à $240,000,000 et de verser assez d'argent pour que, si le montant accordé est divisé, à parts égales, entre tous les praticiens au pays, chacun reçoive annuellement $10,000, *soit pour renouveler une expérience qui*, depuis 30 ans, *n'a abouti qu'à un échec* (le plan britannique d'assurance-maladie), *soit pour la répétition à perpétuité d'un échec qui ne fait pas plus de doute* (le *statu quo* des services d'hygiène qui fonctionnent actuellement), comme vous l'a donné à entendre l'honorable ministre de la Santé dans son témoignage du 16 mars 1943 (Témoignages, fascicule nº 1, page 31, paragraphes 2 et 3), je cite: "... Le Comité s'est efforcé de bouleverser le moins possible les situations existantes et les habitudes de la population. Dans le projet recommandé, *le malade choisira, comme maintenant, son médecin.* En cas de nécessité, le médecin *de famille pourra demander un spécialiste en consultation, ordonner la présence d'une garde-malade ou l'hospitalisation du malade*, prescrire des remèdes ou quelque autre traitement spécial. *La différence majeure sera la suivante: le médecin, la garde-malade et l'hôpital enverront leur facture au fonds d'assurance-maladie, au lieu de l'envoyer au malade.*"

Chez nous, les statistiques vitales recueillies dans les Annuaires du Canada pour les années 1920 et 1942 montrent de façon définitive que, notre population étant à peu près la même aujourd'hui qu'alors, le nombre de nos hôpitaux n'en a pas moins augmenté de 70 p. 100, le nombre des patients confinés dans nos institutions de santé pour maladies mentales et autres de 480 p. 100, et les frais occasionnés en l'occurrence, de 800 p. 100. Si l'octroi demandé de $240,000,000 est accordé, les frais occasionnés alors par les services d'hygiène monteront de 1,000 p. 100. *Voilà le record dont se prévalent les autorités de nos services d'hygiène, et l'unique garantie qu'ils ont à vous offrir* en retour de la somme fabuleuse sollicitée pour secourir les malades de notre pays...

En terminant, honorables messieurs, je me permets de signaler de nouveau et de rappeler à votre bienveillante attention le témoignage que M. Herbert Hannam, président de la Fédération canadienne de l'agriculture (celui-là même qui s'est dévoué avec tant de zèle à la cause des services d'hygiène sociale dans notre pays), vous a lu le même jour que je vous présentais mon propre témoignage (le 10 juin 1943), ainsi que l'ouvrage intitulé "Canada's Health", de l'honorable George Hoadley, collaborateur admirable de M. Hannam dans sa tâche d'hygiène sociale, deux textes exposant, avec preuves à l'appui, l'état lamentable de nos services médicaux qui sont, d'après eux, totalement insuffisants, et même inspirent presque

de la répulsion. Ceux-là (nos praticiens) oubliant volontiers que le cancer fait annuellement 23,000 morts chez nous, et la maladie de cœur, 34,000, vous demandent la permission d'empoisonner le système de *tous les Canadiens*, en invoquant pour motif qu'ils veulent empêcher la mort, soit de 180 victimes de la petite vérole, soit de 214 victimes de la diphtérie, et cependant, *ils ne font jamais rien pour prévenir ne le cancer ni les maladies de cœur.* Comme les Brahmanes de l'Inde, ceux-là se donnent pour une classe privilégiée, supérieure en tout au commun des mortels, refusent maintenant de se soumettre à l'autorité de notre gouvernement légitimement élu. Au moment où les services de praticiens sont nécessaires au triomphe définitif de nos efforts de guerre, je vous prie donc humblement de vouloir bien recommander à notre Parlement la *conscription des services de ces praticiens, et l'assignation, à chacun d'eux, d'un traitement fixe* pour prendre soin des malades, tandis que nos forces armées poursuivent actuellement la lutte contre les doctrines et les autorités totalitaires.

Bien respectueusement à vous,

(Signé) A. B. DAVIES.

HAMILTON, ONT., le 10 juillet 1943.
Boîte 200, station B.

LE LOGEMENT ET LA SANTÉ

PAR LE DOCTEUR J. J. HEAGERTY

Directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale

Les chiffres suivants montrent l'influence des mauvaises conditions de logement sur le taux de mortalité:

TAUX DE MORTALITÉ, ETS., DANS DIFFÉRENTS DISTRICTS DE LA MÊME VILLE

Birmingham (5 ans)

	District pauvre	District d'artisans moyens
Population	154,662	133,623
Superficie (en acres)	1,921	2,998
Taux de mortalité	21.1	12.3
Taux de natalité	32.8	24.0
Taux de mortalité infantile	171	89
Victimes de la tuberculose pulmonaire	1,511	742
Taux de mortalité tuberculose pulmonaire	1.93	1.11
Victimes de la rougeole	647	161
Taux de mortalité—rougeole	0.83	0.24
Victimes de la diarrhée et de l'entérite	1,126	238
Taux de mortalité—diarrhée et entérite	1.46	0.36

Liverpool (5 ans)

	District pauvre	Autre district populeux, population surtout ouvrière
Population	44,616	85,118
Superficie (en acres)	391	675
Familles ou personnes seules	9,802	17,939
Taux de mortalité	27.5	17.8
Taux de natalité	38.9	29.5
Motralité infantile	164	123
Taux de mortalité—tuberculose pulmonaire (3 ans)	2.14	1.73
Taux de mortalité—rougeole (3 ans)	1.10	0.32
Taux de mortalité—diarrhée et entérite (3 ans)	3.17	1.00

Manchester (5 ans)

	District pauvre	District populeux, surtout ouvrier
Population	88,737	86,299
Superficie (en acres)	898	3,252
Taux de mortalité	23.86	12.93
Taux de natalité	29.01	21.77
Taux de mortalité infantile	166.3	111.57
Taux de mortalité—tuberculose pulmonaire	3.32	1.07
Taux de mortalité—rougeole	0.85	0.30
Victimes de moins de 2 ans—diarrhée et entérite, par 1,000 naissances	49.30	20.01

Londres (5 ans)

	District pauvre	District, surtout ouvrier
Population	111,390	121,376
Superficie (en acres)	658	8,277
Taux de mortalité	18.6	12.4
Taux de natalité	32.1	23.4
Taux de mortalité infantile	147	83
Taux de mortalité—tuberculose pulmonaire	1.81	1.27
Taux de mortalité—rougeole	0.92	0.24
Taux de mortalité—diarrhée et entérite	1.47	0.36

Aberdeen (année 1911 et 1912 réunies)

	Rubishaw	Greyfriars
Population	20,210	13,850
Taux de mortalité	10.2	16.3
Taux de natalité	16.2	34.1
Taux de mortalité infantine	83	170
Excédent de la natalité sur la mortalité	6.0	17.8
Taux de mortalité, par 1,000:		
Maladie zymotique	0.8	3.1
Tuberculose pulmonaire	0.6	1.3
Autres formes de tuberculose	0.2	0.7

Ces chiffres montrent que, dans les taudis, le taux de mortalité est presque deux fois aussi élevé que dans le reste de la ville. Il n'est pas possible de calculer le mal qui résulte du taux élevé de mortalité. Il faut prendre en considération la multiplicité des cas de maladie dans les taudis et la faiblesse physique des miséreux qui les habitent. Les malades sont extrêmement nombreux, tandis que la résistance physique des miséreux est inférieur à la moyenne de résistance des autres classes de la société. Il est facile de se rendre compte que, dans les plus vieilles sections de toute ville populeuse, les taux de maladie et de mortalité sont presque toujours beaucoup plus élevés que dans les sections de construction plus récente. S'il était possible de faire disparaître tous les taudis des villes, plusieurs milliers de vies seraient sauvées chaque année, surtout des vies infantiles, et la diffusion de la maladie serait considérablement enrayée. Il est malheureusement trop vrai de dire que ceux qui habitent les taudis sont des ouvriers industriels passant leurs journées entières dans des usines poussiéreuses, mal éclairées et mal aérées. Invariablement, eux et leurs familles fournissent des victimes plus nombreuses à la maladie, et accusent un taux plus élevé de mortalité. On a essayé de calculer combien de perte de vies peuvent être imputées aux taudis. On estime que, dans les taudis de Londres et des villages d'Angleterre, sur vingt millions de citoyens qui les habitent, une perte annuelle de 50,000 vies serait épargnée, et cette perte dépasse la mortalité dans les autres districts.

A Glasgow c'était la coutume, chez les pauvres, de vivre dans une ou deux chambres d'un immeuble renfermant plusieurs de ces locaux. On a amélioré les conditions de logement, et cependant, il y a quelques années, plus de 60 p. 100 de toute la population se logeait de la même façon. Le docteur Chalmers, directeur des Services d'hygiène de la ville, a dressé le tableau suivant des taux de mortalité dans ces taudis:

	Taux de mortalité par 1,000 personnes
Maisons à une chambre	25.9
Maisons à deux chambres	16.5
Maisons à trois chambres	11.5
Maisons à quatre chambres	10.8

C'est-à-dire que le taux de mortalité dans les maisons à une seule chambre était trois fois aussi grand que dans les maisons à trois chambres.

Dans les taudis, le taux de mortalité générale est presque le double, le taux de mortalité infantile le double, le taux de mortalité-tuberculose plus que le double, de mortalité-rougeole, le triple, et de mortalité-diarrhée et entérite le triple, de ces divers taux dans les régions salubres. On le voit clairement en se reportant aux tableaux précédents pour Birmingham, Liverpool, Manchester et Aberdeen.

Sans doute, l'élimination des taudis dans les villes, et l'érection de meilleurs logements auraient une répercussion très marquée sur l'avenir de la santé au sein de la population.

Les symptômes les plus évidents du funeste résultat des mauvaises conditions de logement sont les suivants: mortalité infantile, tuberculose pulmonaire, diphtérie, fièvre scarlatine et autres maladies.

Sur 23,000 naissances enregistrées dans huit villes des Etats-Unis, l'*United States Children's Bureau* a constaté que "le taux de mortalité infantile dans les familles qui logent à deux ou plusieurs personnes par chambre était deux fois et demi aussi élevé que dans les familles qui logent à moins d'une personne par chambre. Les variations dans la mortalité résultant de troubles gastriques, intestinaux et respiratoires étaient particulièrement marquées."

Voici le tableau des décès dans la ville de Détroit, pour l'année 1927:

Moyenne de personnes par chambre	Mortalité infantile par 1,000	Taux de mortalité par 100,000 de population			Mortalité causes diverses— par 1,000
		Tuberculose	Pneumonie	Diphtérie	
0·9 ou plus	86	132	113	22	10·9
0·8	69	79	87	17	9·5
0·7 ou moins	62	52	77	18	9·5

Une fois calculé le taux de mortalité à Cleveland pour l'année 1930, on a découvert que ce taux, selon l'âge et le sexe, variait de 15 par 1,000 de population, dans les plus pauvres des douze zones à 7.2 par 100 de population, dans les zones les mieux pourvues économiquement. La zone la plus pauvre était représentée par l'équivalent d'un loyer de $20 par mois, et la plus riche par $75 ou davantage. L'excédent de mortalité était survenu dans les zones où les loyers n'atteignaient pas $40 par mois. La mortalité-tuberculose (âges, de 25 à 44 ans) variait de 215 par 100,000 de population, dans les zones plus pauvres, à 34 dans les plus riches. Le taux de mortalité infantile, sur 1,000 naissances, était de 110 dans les zones les plus pauvres, où les loyers, en moyenne, n'atteignaient pas $15, et diminuait à 26, dans les zones à loyer moyen de $100 ou plus.

Dans ces états comparatifs, un certain nombre de facteurs doivent entrer en ligne de compte: densité de la population, nationalité, logements ouvriers, proportion des logements, âge des occupants, état civil, chômage, absence d'instruction, délits juvéniles, taux de natalité, etc.

Au sujet de l'Europe, voici un autre tableau comparatif qui a été dressé récemment pour Liverpool:

MOYENNE POUR LES ANNÉES 1923-1929

—	Population	Mortalité causes diverses — par 1,000 de population	Mortalité tuberculose pulmonaire— par 100,000	Mortalité infantile par 1,000 naissances
Pour toute la ville	872,802	13·9	123	98
Logements ouvriers	14,572	18·2	164	131
Taudis	3,436	28·4	299	171

A noter que ces chiffres sont plus frappants encore quand on songe que les taudis reçoivent la visite périodique des membres du personnel d'hygiène de la ville, et que les causes d'insalubrité sont éliminées. Rues et ruelles sont systématiquement nettoyées, les égouts privés lavés à intervalles réguliers; et les bains, buanderies, garderies pour enfants et cliniques ouverts à tous. En d'autres termes, il semble que dans la démolition complète de ces maisons pourrait seule diminuer le taux de mortalité.

Les chiffres suivants montrent les résultats de la reconstruction pratiquée, conformément au plan d'urbanisme lancé à Liverpool, sur les mêmes lieux que ceux où ont été recueillis les chiffres précédents; il s'agit aussi de la même population, puisque les nouveaux occupants sont exactement les personnes qui logeaient autrefois aux mêmes endroits:

—	Mortalité causes diverses — par 1,000 de population	Mortalité phtisie — par 1,000 de population	Mortalité infantile, par 1,000 naissances
Avant la restauration	37·0	4·0	259
Après la restauration	26·6	1·9	162
Pour toute la ville	18·0	1·7	119

Les choses se sont visiblement améliorées.

De mauvaises conditions hygiéniques sont l'une des principales causes du taux élevé de mortalité. L'écoulement des égouts par distribution d'eau est un élément presque aussi important que le service d'aqueduc. Plusieurs villes, aujourd'hui, n'ont pas encore de voies d'eau complètement aménagées. Par exemple, sur 386 familles dans les taudis de New-York (1933), 267, soit 69 p. 100, n'avaient pas encore de cabinet d'aisances dans leur logis. L'usage d'un même cabinet d'aisances par plusieurs familles n'est pas hygiénique.

Cependant, la principale cause de contagion dans les taudis, c'est le surpeuplement. L'occupant moyen ne touche qu'un petit salaire, et lui et sa famille sont forcés de vivre dans un local trop exigu. Il y a quelques années, les patrons de certaines maisons de pension louaient, dans les grandes villes canadiennes, des chambres renfermant une demi-douzaine de lits simples à douze ouvriers. Les lits étaient occupés par équipes; une demi-douzaine de chambreurs y couchaient le jour et une demi-douzaine la nuit. Le linge de lit n'était pas changé, parce que les occupants ne se déshabillaient pas pour se coucher.

Mais l'encombrement est moindre aujourd'hui qu'il y a cinquante ans, alors que les immigrants affluaient dans les villes, et la santé des citoyens, surtout celle des adultes, est donc un peu moins en danger.

Mais la preuve que les funestes effets des mauvaises conditions de logement, du surpeuplement et du manque d'hygiène ne remontent pas si loin dans le passé, c'est bien les grandes épidémies de typhus et de fièvre intermittente qui ont éclaté entre 1919 et 1923. On prétend que, "en 1920, cinq millions et demi de cas de ces maladies ont été déclarés en Europe, dans la Russie et l'Ukraine. De 1919 à 1923, treize millions ont été déclarés."

Une enquête sur les villes industrielles de l'Etat de New-York a révélé que 17 p. 100 des immeubles renfermaient des chambres noires. Ces chambres n'ouvraient aucune fenêtre à l'extérieur, ni même sur un passage intérieur pour admettre l'air et la lumière.

L'absence de ventilation a longtemps contribué à la propagation de la tuberculose. A Keighley, en Angleterre, les cas de tuberculose étaient trois fois aussi nombreux dans les maisons mal aérées que dans les maisons pourvues d'un bon système de ventilation.

En présence de ces chiffres, il ne faut pas oublier, non plus, que les tuberculeux, parce qu'ils sont incapables de gagner leur vie, ont une tendance à affluer dans les quarties pauvres.

Il est impossible de démontrer quelle amélioration attestent au juste les statistiques vitales recueillies là où la population abandonnait des taudis pour des quartiers salubres, mais une analyse intelligente de ces statistiques révèle une réduction des taux de maladie et de mortalité.

La méningite cérébro-spinale se propage tout particulièrement dans les quartiers surpeuplés, et le taux de la contagion est beaucoup plus élevé dans ces quartiers qu'ailleurs.

Le principal danger des taudis, c'est qu'ils sont une menace pour les quartiers salubres, auxquels ils risquent de communiquer des maladies contagieuses.

Le professeur Irving Fisher, de Yale, nous apprend qu'aux Etats-Unis, il y a, à perpétuité, 3,000,000 de personnes qui souffrent de quelque forme de maladie (l'équivalent d'environ 300,000 personnes, au Canada), dont à peu près 1,100,000 sont d'âge à travailler, les trois quarts comprenant, de fait, des travailleurs ainsi forcés de perdre au moins $700 par année, ce qui représente une dépense totale de $550,000,000 pour frais de maladie. Ce montant suffirait à couvrir les frais de pharmacie, de soins médicaux, de nourriture supplémentaire, etc.; nous avons donc un total de $1,100,000,000 pour frais de maladie, dont au moins la moitié pourrait être épargnée. Toute personne malade est un fardeau pour la société, tandis que toute personne en santé est une richesse. Les malades sont à charge à ceux qui sont sains, tandis que ceux qui sont sains portent leur propre charge et aident à porter la charge des autres. Le travailleur qui loge dans les taudis est indûment exposé à la maladie.

On a justement affirmé que "la tuberculose est le mal des ténèbres". Sur la carte, les quartiers pauvres circonscrivent exactement le foyer de la contagion. Les cartes montrent que, pour la mortalité infantile, la tuberculose, les délits juvéniles, les taux les plus élevés coïncident avec les quartiers où il y a le plus d'encombrement dans les maisons. Ces faits sont si étroitement liés entre eux qu'il est impossible de les séparer. Des enquêtes ont montré qu'il y a de 25 à 50 p. 100 plus de tuberculose dans les quartiers pauvres de chaque ville que dans les maisons individuelles. Une étude comparative faite à Cleveland a prouvé, entre autres choses, par des chiffres indiscutables, les rapports qui existent entre la maladie et la mortalité d'une part, et d'autre part, le manque d'hygiène au foyer. L'un des districts était situé dans la vieille section commerciale de la ville; l'autre, dans la banlieue, près d'un groupe d'usines. Les loyers aux deux endroits étaient à peu près les mêmes. Dans le premier district, on a compté, de

1907 à 1914, 908 cas de tuberculose, soit 52 par mille; dans le deuxième, 450 cas, soit 28 par mille. Dans le premier district, il y avait 665 cas de maladies contagieuses en 1912, soit trois par mille; dans le second, 286 cas, soit 1.29 par mille. Des chiffres analogues pourraient être recueillis dans tous les grands centres d'Angleterre, d'Ecosse et des Etats-Unis.

En calculant combien il en coûterait pour lancer un projet de reconstruction, il faudrait tenir compte de la perte causée par les maladies contagieuses et de l'épargne qui résulterait de l'enraiement de la contagion.

Les chiffres obtenus pour les villes canadiennes montrent que la maladie et la mortalité dans les taudis sont aussi fréquentes que dans les mêmes quartiers aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne.

A Toronto, en juin 1934, les cas de tuberculose constatés par le ministère de la Santé publique dans les sept quartiers pauvres se chiffraient par 299, soit 37 par dix mille de population. Ce nombre fait contraste avec celui de 25 par dix mille de population, obtenu dans les quatre quartiers bien construits. Le taux le plus élevé, 64 par dix mille de population, a été recueilli dans le quartier 4, 3e subdivision, qui est la plus populeuse subdivision de la ville. Soixante-quinze pour cent des cas de tuberculose étaient traités à domicile.

En 1927, une enquête de la *Montreal Anti-Tuberculosis and General Health League* a révélé que 63 p. 100 des tuberculeux n'étaient pas logés dans une chambre distincte, et que 50 p. 100 n'avaient même pas un lit à eux. Une enquête spéciale tenue à Halifax, en 1932, a montré que le taux de la maladie était extrêmement élevé dans les quartiers mal construits.

Parmi les facteurs qui influent sur le taux de mortalité infantile, l'un d'entre eux, et non des moindres, est le logement. Les statistiques de mortalité infantile recueillies par le ministère de la Santé publique, à Toronto, en sont la preuve. Le taux de mortalité infantile, c'est le taux de mortalité des enfants âgés de moins d'un an, calculé sur mille enfants vivants. Pour toute la ville de Toronto, en 1933, ce taux s'est élevé à 63.4. Dans les sept quartiers insalubres, le taux atteignait 72.6, tandis qu'il était de 58.3 dans les quatre quartiers salubres. Dans le quartier 2, 2e subdivision (Moss Park), le taux atteignait 121.2, ce qui est presque le double du taux constaté dans toute la ville de Toronto; et dans le quartier 3, 6e subdivision (the Ward), il s'élevait à 83.3.

En ces dernières années, beaucoup ont étudié à fond le problème de l'urbanisme au Canada. Au nombre des études faites, les suivantes méritent une mention spéciale:

Montréal

Depuis quelques années, le problème de l'urbanisme a soulevé beaucoup d'intérêt dans la ville de Montréal, surtout à la suite des notables efforts de la *City Improvement League*. Les études suivantes sont à retenir:

1. Rapport sur l'urbanisme et la lutte contre les taudis, par la Chambre de Commerce et la *City Improvement League*, 1935...
2. Le logement des petits salariés, par le *Montreal Council of Social Agencies*, 1936.
3. Les conditions de logement à Montréal, par le Comité du logement de la Division de l'urbanisme et des recherches de la Commission métropolitaine de Montréal, 1937-1938. C'est là une enquête à fond sur 4,216 habitations situées dans les limites de soixante îlots de maisons, qui forment la plus grande partie des vieilles maisons. Contrairement à ce que l'on pouvait attendre, il y a peu d'encombrement dans ces habitations. Les principaux vices des habitations sont les suivants:
   (*a*) Absence de salle de bain; 32 p. 100 seulement ont une baignoire.
   (*b*) Absence d'eau chaude; 11 p. 100 seulement ont l'eau chaude.
   (*c*) Dans 34 p. 100 des habitations, le cabinet d'aisances se trouve dans la cuisine.

(*d*) 55 p. 100 des habitations sont infestées de vermine.
(*e*) Humidité permanente dans 9.8 p. 100 des logis.
(*f*) Eclairage artificiel dans 9 p. 100 du nombre total de chambres.

Il est intéressant de noter que 2,195 personnes, en changeant de logis, ont donné pour raison qu'ils se rendaient compte des vices de leur ancien logement. Trente-quatre pour cent ont changé de logis à cause du mauvais état de ces locaux, 25 p. 100, de mauvaises conditions hygiéniques, et 9 p. 100 d'un voisinage déplaisant. Le ministère de la Santé estime que, en dépit de la condamnation de 500 maisons insalubres, 1,000 logis restent impropres à l'habitation, et plusieurs milliers d'autres auraient besoin de réparations absolument indispensables pour être conformes aux normes minima d'hygiène qui ont été établies.

Toronto

Une enquête sur 1,332 habitations de la ville de Toronto a révélé que 175 ménages occupaient une ou deux chambres; 75 p. 100 des immeubles occupés étaient impropres à l'habitation; 59 p. 100 n'avaient pas de bain; et 202 n'avaient pas de cabinet d'aisances à l'intérieur. Les principaux vices constatés tenaient néanmoins à des habitations donnant sur des cours et des ruelles, puisque 900 de ces logis étaient impropres à l'habitation. A la suite des enquêtes tenues sur le logement dans la ville de Toronto, il a été résolu de créer une Association provinciale de logement et d'urbanisme.

Hamilton

En 1937, la ville de Hamilton a adopté un règlement municipal du logement; c'était la première tentative faite pour établir un règlement modèle du logement dans l'Ontario.

Ottawa

En novembre 1935, un rapport a été fait sur les habitations des citoyens de la ville d'Ottawa qui recevaient du secours public. L'enquête portait sur 3,529 immeubles séparés logeant 5,625 ménages, soit environ un cinquième de la population totale de la ville. Cette enquête a révélé que 1,527 chambres à coucher étaient encombrées; 3,209 familles n'avaient pas de bain séparé; 3,087 familles n'avaient pas de lavabo séparé; 1,949 familles n'avaient pas de cabinet d'aisances séparé; 814 familles n'avaient pas de cour; et 868 chambres servaient à la fois de chambre à coucher et de cuisine. En outre, le rapport a révélé que 576 maisons étaient impropres à l'habitation; 1,369 avaient besoin de réparations; et on estimait que 1,189 nouveaux immeubles devaient être bâtis pour remédier au surpeuplement.

Winnipeg

Depuis trente ans, la ville de Winnipeg essaie d'améliorer les conditions de logement de ses citoyens. Trois enquêtes sur le logement ont été faites, et, chaque année, une enquête a pour but de déterminer le nombre de logis disponibles par rapport au nombre de mariages. Les rapports annuels pour les années 1935 et 1936 montrent que, pour 5,313 mariages, les immeubles habitables à la disposition de ces nouveaux couples ne se chiffraient que par 180.

Edmonton

Durant la dépression, de 1929 à 1939, l'industrie du bâtiment a pour ainsi dire végété dans la ville d'Edmonton. Or, au cours de la même période, la population augmentait de 74,298 à 90,419.

Depuis le début de la guerre, plusieurs familles de soldats ont afflué dans la ville, tandis que le mari est outre-mer. Plusieurs autres sont venues accepter de l'emploi dans les usines de guerre. En outre, l'an dernier a été marqué d'une immigration en masse des Américains. Ou bien ces derniers sont des membres de l'état-major, ou bien ils appartiennent à de grandes entreprises civiles qui ont des intérêts dans le Nord.

En somme, une situation du logement déjà extrêmement difficile, avant la guerre, est devenue une espèce de cauchemar à l'heure actuelle. Il n'est pas rare de voir des ménages logeant dans des garages, des familles entassées dans une ou deux chambres, ou bien encore dans des masures absolument impropres à l'habitation. On a découvert deux familles avec six enfants (dont une jeune fille de 16 ans) qui habitaient une bicoque d'une seule chambre. Le chef du service d'hygiène ne s'est abstenu d'interdire ces habitations que parce qu'il ne trouve aucun autre abri à leurs occupants.

Un recensement de la population d'Edmonton est actuellement en cours. Le Gouvernement fédéral a entrepris la construction de 250 maisons de guerre à Edmonton, et 750 demandes d'occuper ces maisons ont déjà été reçues. Depuis la guerre, plusieurs des plus vastes immeubles municipaux ont été subdivisés en appartements d'une ou deux chambres, avec salle de bain commune à chaque étage. L'un des moins graves résultats n'est pas l'entassement de garçonnets et de fillettes dans les mêmes appartements, sans distinction d'âge et de sexe. Le docteur Little, chef du Service d'hygiène d'Edmonton, a même été jusqu'à dire: "Nous n'aurons pas fait de bons citoyens d'un grand nombre de ces enfants."

Calgary

On peut affirmer que dans la ville de Calgary la crise du logement ne date que des années 1930 et 1931, et du commencement de la dépression. La majorité des citoyens, ayant perdu leur maison, ont été contraints d'élire domicile dans des établissements de commerce évacués par suite de la dépression, cause de la faillite de leurs propriétaires. Ces établissements ont été transformés au pis aller en appartement. Ceux qui pouvaient conserver leurs immeubles les subdivisaient et, dans bien des cas, le logis qui n'avait abrité, dans la prospérité, qu'une seule famille allait jusqu'à donner asile à huit ménages à la fois. Avec le temps, et parce qu'on manquait d'argent, ces immeubles, une fois délabrés, ont été interdits par l'ingénieur du ministère de la Santé. L'affluence, à Calgary, des militaires et de leurs familles n'a tendu en rien à remédier à cette situation, mais a incité encore un plus grand nombre de ménages séparés à subdiviser leur logis, d'où aggravation de l'insalubrité existante. Le docteur Hill, chef du Service d'Hygiène de la ville de Calgary, estime que, à l'heure actuelle, cinquante pour cent des citoyens de la ville de Calgary sont improprement logés.

Province de la Saskatchewan

Les conditions de logement sont très mauvaises, tant dans les centres urbains qu'à la campagne, en Saskatchewan. Cela ne veut pas dire seulement surpeuplement, mais implique encore toutes les causes d'insalubrité qui vont des vices de construction à l'absence de services sanitaires. Dans deux cas, des familles de sept personnes occupent une seule chambre de quatorze pieds carrés; une maman, avec ses cinq enfants, habite une masure à deux chambres, et on voit le jour à travers les murs de cette habitation; cinq familles logent dans une maison à deux étages qui contient cinq chambres; trois familles occupent un sous-sol qui n'était destiné à abriter que l'installation de chauffage et la soute au combustible; trois lits ont été installés dans la cave d'une maison ordinaire, et ceux qui y couchent se voient privés à la fois de lumière, de ventilation et de tout soin sanitaire.

Dans certains centres urbains, il y a beaucoup de surpeuplement, plusieurs immeubles qui servent de logis étant actuellement impropres à l'habitation, et quelques-uns de ces immeubles ne pourraient même pas être rendus habitables par aucune espèce de réparation.

Des renseignements obtenus à Moose-Jaw prouvent qu'il y a, dans cette ville, pénurie d'environ 250 maisons; Yorkton déclare manquer d'au moins 100 habitations séparées; Estevan estime que 22 p. 100 des logis présentement occupés seraient interdits si un bon règlement d'hygiène était appliqué; Weyburn

déclare manquer de 50 habitations; Swift-Current de même; et enfin, Saskatoon accuse une crise absolue d'appartements séparés.

On calcule que, dans la province, il faudrait 15,000 nouveaux logis pour ne loger convenablement que les personnes mariées en ces cinq dernières années.

Province de la Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, la situation est la même que dans les autres provinces. Il y a pénurie de logis salubres dans la ville de Vancouver. Durant la dépression, les maisons ont été transformées en plusieurs appartements d'une ou deux chambres, dépourvus d'installations convenables de cuisine et de salle de bain, et les conditions dans les sous-sols habités sont particulièrement mauvaises.

Halifax

Depuis le début de la guerre, la crise du logement dans la ville de Halifax a reçu tant de publicité qu'il est inutile d'en parler au long. Des renseignements circonstanciés sur les conditions de logement à Halifax dès avant la guerre sont consignés dans une étude faite, sous la direction du *Citizens' Committee on Housing,* sur les conditions de logement et publiée dans un rapport renfermant les résultats d'une enquête d'A. G. Dalzell, M.E.I.C., et d'une inspection sanitaire de la Commission sanitaire de la ville.

Saint-Jean

Il y a beaucoup de progrès à faire pour améliorer les conditions de logement dans la ville de Saint-Jean. Un grand nombre de maisons sont déjà vieilles, et plusieurs étages d'immeubles et des immeubles tout entiers sont encombrés. La province a adopté, en 1936, une loi d'urbanisme qui confère à toute autorité locale le pouvoir de tirer des plans de construction. Depuis cette date, les villes de Fredericton et de Saint-Jean se sont créé des commissions d'urbanisme.

Dans un article intitulé "Progress in Housing and Health", le docteur R. St. J. MacDonald, professeur d'hygiène à l'Université McGill, écrit ce qui suit:

> Un certain progrès a aussi été réalisé dans la préparation, l'adoption et l'application de mesures visant à l'amélioration des conditions de logement.
>
> Mais il faut reconnaître—sous le rapport économique du problème—que l'on a peu fait, jusqu'ici, pour combler la lacune la plus pénible et la plus imminente à combler: celle de maisons à petit loyer en nombre suffisant pour répondre à la demande des petits salariés.

Inertie des autorités

Aucun progrès n'a été réalisé sur deux points fondamentaux du programme général d'urbanisme:

1. L'aménagement d'espaces à l'extérieur, de terrains de jeux et de lieux agréables pour la vie en plein air de la famille.
2. La construction de logis simples et doubles pour les familles où il y a de petits enfants.

Jusqu'ici, les autorités intéressées à la question du logement se sont surtout préoccupées des habitations mêmes et de la vie à l'intérieur, et négligeaient trop souvent de songer à la vie en plein air de la famille. Beaucoup de temps se passe en dehors de la maison. Il est aussi important de pourvoir à la vie en plein air que de trouver, au dedans, de l'espace pour des chambres à coucher, des vivoirs et des salles à dîner.

Surfaces libres

Il faudrait aménager cours, terrains de jeu, courts, parcs, fontaines, piscines, plages, et espaces libres pour champs de base-ball, courts de tennis et terrains de golf, où les enfants auraient l'occasion de s'exprimer dans une sphère quelconque d'activité, et où toute la famille prendrait part à des récréations collectives. Il s'agit principalement de procurer un entourage physiquement et moralement salubre, qui contribuera, dans une mesure inappréciable, à assurer et à maintenir la santé physique, intellectuelle et morale. Au fait, il faudrait procurer des parcs et des terrains de jeu aux enfants d'âge préscolaire et scolaire aussi bien qu'aux adultes.

Ces terrains de jeu devraient être aménagés de façon permanente, ouverts à l'année, faciles d'accès, munis de toutes les installations nécessaires et confiés à la surveillance de chefs expérimentés qui seraient employés à l'année sur ces terrains. Les terrains de jeu sont aussi indispensables que les services d'hygiène publique reconnus, tels que la distribution d'eau, les égouts, la saine alimentation et les mesures de bien-être.

Il est maintenant admis dans toutes les localités que des espaces libres destinés à l'amusement et à la récréation doivent être aménagés en vue de la vie en plein air de la famille. La vieille théorie que le jeu n'est pas nécessaire et que c'est une perte de temps a même cédé depuis longtemps le pas au principe actuel, suivant lequel le jeu est indispensable pour assurer la santé et le bonheur des enfants et des adultes.

De longues périodes de jeu en plein air développent l'enfant au point de vue physique, moral et intellectuel. Il y a longtemps que l'on a reconnu la valeur du jeu dans le développement de la santé physique. Mais l'on a compris que récemment l'importance du jeu au point de vue du développement et du maintien de la santé morale. Des périodes raisonnables de jeu développent l'enfant au point de vue intellectuel, elles mettent en relief sa personnalité, aident à former son caractère, et lui apprennent la maîtrise de soi, autant d'éléments indispensables de la bonne conduite. L'enfant y trouve l'occasion de se mêler aux autres, de s'adapter à tous les milieux et d'acquérir la confiance nécessaire en vue de son entrée future dans le monde du travail. En cet âge de mécanisme, de trépidation et de tension à outrance, des périodes de jeu sain renforcent le corps et le système nerveux contre l'influence déprimante des soucis et de la fatigue cérébrale. Des jeux pratiqués sous une bonne surveillance développeront chez les enfants des habitudes d'initiative et tendront à prévenir les bouleversements affectifs, les difficultés morales et les écarts de conduite. Ils sont d'une extrême valeur au point de vue du développement musculaire, intellectuel et affectif, procurent beaucoup de plaisir sur le coup et représentent aux yeux des enfants toute l'existence. Si des récréations saines ne sont pas à la disposition de l'enfant, celui-ci cherchera ailleurs de quoi satisfaire le besoin qu'il ressent de s'amuser, il prendra des habitudes de rêverie prolongée, de timidité, de sensiblerie, d'irritation, de réclusion. Ce défaut de s'adapter à son milieu pourra engendrer toutes sortes de désordres sérieux au point de vue moral.

Il n'est pas d'usage de considérer comme partie intégrante des programmes de construction l'aménagement des services locaux, et cependant ces projets sont si intimement liés au programme de construction et si importants qu'ils méritent une mention spéciale.

Il est indispensable au développement des conditions de santé et de bien-être de faire, dans tout projet d'urbanisme ou de construction, une place aux programmes de récréation collective. Dans ce programme entre l'aménagement de salles publiques avec cuisine, de centres récréatifs et éducatifs, de gymnases, de patinoires, d'ouvroirs et de postes de bienfaisance.

Les statistiques recueillies sur le sujet démontrent qu'il y a crise sérieuse de surfaces libres pour la récréation et l'amusement au Canada et aux Etats-Unis.

Rogers l'a dit: "Aux Etats-Unis, quelque douze millions d'enfants des villes et probablement plus de quinze millions à la campagne sont privés de toute occasion de se récréer." Dans la métropole de Montréal, les surfaces libres dont on dispose n'atteignent probablement pas 20 p. 100 de l'espace requis.

Le manque de surfaces libres dans les villes et dans les campagnes est ordinairement imputable à l'ignorance et à l'indifférence du public au sujet de l'importance de ces terrains. Mais il est réconfortant de signaler que, au lendemain de la campagne éducative lancée pour démontrer la valeur des jeux au point de vue de l'éducation physique, intellectuelle et morale des enfants, plusieurs villes américaines ont consenti à payer l'impôt pour se procurer les services requis.

Les autorités municipales et rurales seraient bien avisées de réserver, longtemps d'avance, les espaces libres qui seront nécessaires à l'avenir. La chose est nécessaire pour assurer, à ces fins, l'aménagement de terrains libres avant que la hausse inévitable des prix de ces terrains rende difficile, sinon impossible, la réalisation d'un tel projet. Il faudrait prendre des mesures pour que ces espaces restent libres et fassent définitivement partie du décor environnant.

Construction de maisons simples à l'usage des familles où il y a des petits enfants

Il est à peu près vrai de dire que, partout, l'opinion médicale s'est prononcée presque entièrement en faveur de la construction de maisons simples, plutôt que de maisons à plusieurs logis pour abriter la population.

En conséquence, il appartient donc aux médecins, chaque fois que l'occasion s'en présente, d'insister, auprès du public, sur l'importance d'habiter, autant que possible, dans des maisons simples.

Bref, et pour ne pas entrer dans les détails connus, voici les principaux avantages à en retirer:

(*a*) Plus de soleil.
(*b*) Plus d'air frais et de facilité pour prendre de l'exercice.
(*c*) Plus de fraîcheur en été.
(*d*) Moins de fatigue cardiaque.
(*e*) Moins de danger de contagion.
(*f*) Plus d'intimité pour la vie de famille.

En insistant sur les avantages des maisons simples, on comprend parfaitement que les conditions salubres d'habitation ne sont pas du tout incompatibles avec la vie dans les maisons abritant plusieurs familles. On reconnaît aussi qu'il pourra être impossible, au point de vue économique, de construire, dans les grandes villes industrielles, des maisons simples à loyer réduit pour les familles des petits salariés. Il est donc impossible de poser une règle rigide pour la construction de maisons simples et de maisons destinées à abriter plusieurs ménages. C'est aux autorités locales à dirimer les difficultés qui surgissent dans leurs centres respectifs.

Bien que des études précises n'aient pas été faites sur les conditions de logement dans les régions agricoles du Canada, les renseignements obtenus des chefs des différents bureaux d'hygiène provincial attestent que les conditions y sont analogues à celles des villes, si ce n'est qu'il n'y a pas de zones entières de taudis à la campagne.

En somme, les conditions de logement sont meilleures dans l'Est que dans l'Ouest du pays. Pour l'Ouest, c'est la Colombie-Britannique qui semble être la mieux pourvue par rapport aux plus anciennes provinces. La situation dans les villes est moins favorable qu'à la campagne, bien qu'elle ne soit pas brillante à la campagne. Le surpeuplement dans les maisons à loyer réduit est extrême. La principale cause de ce surpeuplement, c'est l'insuffisance du revenu. Le pire

problème d'urgence à résoudre, c'est la pénurie de logements pour les ouvriers de guerre, et un projet à long terme pour contre-balancer l'usure des logis existants et le ralentissement de la construction. On juge que, au Canada, il faudrait construire environ 60,000 nouvelles maisons simples par année, et la construction de nouvelles maisons n'a atteint qu'une moyenne de 15,000 maisons par année. Sur ce nombre, la Loi nationale sur le logement a procuré 4,000 maisons. On estime qu'il manque, depuis les cinq dernières années, un nombre total de 200,000 maisons simples. On insiste sur le fait que la tâche de remédier, après la guerre, à la situation du logement exige d'être préparée soigneusement à l'avance, et que tout plan élaboré devra l'être sur un pied national. Ce plan devrait être l'œuvre de spécialistes.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

1. Canadian Public Health Journal, 9 janvier 1935, "Housing in Montreal", par Aimé Cousineau.
2. Compte rendu d'une enquête tenue dans certains districts, par le Bureau d'hygiène de la ville de Winnipeg.
3. "Housing and Public Health", par John Robertson, C.M.G., O.B.E., M.D.
4. Rapports sur l'hygiène publique, par le Public Health Service des Etats-Unis, 2 novembre 1934.
5. Rapport du Comité du lieutenant-gouverneur sur les conditions de logement à Toronto, 1934.
6. Rapport du Comité du logement en Ontario, 1919.
7. "Progress in Housing and Health", par le docteur R. St. J. MacDonald.
8. "Housing in Canada and the Shape if Things to Come", par E. G. Faludi.

SESSION DE 1943

CHAMBRE DES COMMUNES

COMITÉ SPÉCIAL

DE LA

SÉCURITÉ SOCIALE

PROCÈS-VERBAUX ET TÉMOIGNAGES

COMPRENANT LES DEUXIÈME, TROISIÈME ET QUATRIÈME RAPPORTS

FASCICULE N° 28

SÉANCES DES

JEUDI 8 JUILLET,
VENDREDI 16 JUILLET,
MARDI 20 JUILLET
ET
MERCREDI 21 JUILLET 1943

OTTAWA
EDMOND CLOUTIER
IMPRIMEUR DE SA TRÈS EXCELLENTE MAJESTÉ LE ROI
1943

RAPPORTS À LA CHAMBRE

OTTAWA, 8 juillet 1943.

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

DEUXIÈME RAPPORT

Votre Comité recommande qu'il lui soit permis de siéger pendant les séances de la Chambre.

Le tout respectueusement soumis.

Le président,
CYRUS MACMILLAN.

Le MERCREDI 14 juillet 1943.

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

TROISIÈME RAPPORT

Conformément à l'ordre de renvoi en date du 8 mars 1943, votre Comité a étudié la question de l'éducation physique et soumet à l'étude de la Chambre l'avant-projet de loi ci-annexé, intitulé: Loi ayant pour objet d'établir un Conseil national de la santé physique.

Le tout respectueusement soumis.

Le président,
CYRUS MACMILLAN.

Le VENDREDI 23 juillet 1943.

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

QUATRIÈME RAPPORT

Il était manifestement impossible d'étudier à la présente session tous les problèmes compris dans un programme de sécurité sociale. Il a donc fallu borner la discussion à certains aspects plus urgents. Considérant la santé comme le fondement de la sécurité sociale, le Comité a étudié, en premier lieu la Loi ayant pour objet d'établir un Conseil national de la santé physique, et l'avant-projet de loi d'assurance-maladie qu'avait préparé le Comité consultatif d'assurance-maladie institué par l'arrêté en conseil C.P. 836 du 6 février 1942. Il a été loisible à toutes les associations qui le désiraient de rendre témoignage, soit par leurs délégués, soit par le dépôt de mémoires destinés au compte rendu; aucune demande d'audition n'a été refusée. Vu l'importance des sujets à l'étude, le Comité a jugé qu'il fallait encourager tous les intéressés à formuler des représentations détaillées. Le Comité a tenu trente-deux séances et interrogé cent dix-sept témoins représentant trente-deux associations.

Le Comité a déjà approuvé le bill intitulé: Loi ayant pour objet d'établir un Conseil national de la santé physique, et il en a fait rapport à la Chambre.

Le Comité approuve les principes généraux d'assurance-maladie énoncés dans l'avant-projet de loi concernant l'hygiène publique, l'assurance-maladie, la prophylaxie et autres matières connexes.

Le Comité recommande ce qui suit:

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 obtenus dans l'intervalle, un comité parlementaire et le Comité consultatif d'assurance-maladie devraient poursuivre l'étude du projet de loi.
5. Le Gouvernement devrait passer en revue les règlements régissant actuellement les pensions de vieillesse, les pensions aux aveugles et les allocations aux anciens combattants, et étudier l'à-propos d'avancer l'âge d'admissibilité et d'augmenter le montant de la pension.
6. Il faudrait instituer une enquête sur les conditions et la base de l'octroi de ces pensions dans les diverses provinces, sur le coût de la subsistance, les inégalités de traitement, la responsabilité des obligations et leur partage, ainsi que sur toutes les questions relatives aux problèmes en jeu, afin de parvenir à un plus haut degré de coordination, de favoriser l'égalité de traitement et d'effectuer les mises au point appropriées.
7. L'étude d'un programme de sécurité sociale devrait être poursuivie à la prochaine session du Parlement en vue de dresser un schéma coordonné des problèmes et des questions à régler.
8. Le présent Comité, ou le Comité subséquemment nommé pour étudier la sécurité sociale, devrait disposer de l'aide nécessaire en matière de recherches.

Ci-annexée copie des témoignages rendus et des procès-verbaux des délibérations.

Le tout respectueusement soumis.

Le président,
CYRUS MACMILLAN.

Le JEUDI 8 juillet 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 10 h. 40 du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Blanchette, Cleaver, Côté, Donnelly, Fauteux, Fulford, Gershaw, Kinley, Leclerc, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), Macmillan, Maybank, Shaw et Wright—15.

Le président informe le Comité qu'il a reçu une lettre par laquelle M. J. R. G. McVity, D.O., trésorier de la *Canadian Osteopathic Association*, répond à une question que lui posait M. McCann, député, à la page 631 des témoignages relativement aux ostéopathes nommés comme examinateurs pour l'assurance-vie.

Il a aussi reçu une lettre de M. A. W. Macfie, secrétaire-trésorier du Conseil des régisseurs, qui contient des réponses à certaines questions posées au cours du témoignage qu'il a rendu le 4 juin dernier.

Sur proposition de M. MacInnis,

Il est résolu: Que ces documents soient publiés dans le compte rendu.

Sur proposition de M. Cleaver, le deuxième rapport du Comité, demandant l'autorisation de siéger durant les séances de la Chambre, est adopté.

Le Comité s'ajourne à 10 h. 50 du matin pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le VENDREDI 16 juillet 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 h. 30 du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Adamson, Côté, Gershaw, Howden, Johnston (*Bow-River*), Kinley, MacInnis, Mackenzie (*Vancouver-centre*), MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McGarry, Mayhew, Shaw et Warren—14.

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 des Assurances; M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale; M. J. T. Marshall, directeur, statistiques démographiques, Bureau fédéral de la statistique; M. S. B. Smith, directeur, statistiques commerciales, Bureau fédéral de la statistique; M. J. C. Brady, directeur, statistique des institutions, Bureau fédéral de la statistique, le colonel J. R. Munroe, directeur, statistiques financières, Bureau fédéral de la statistique.

Le président donne lecture d'une note qui lui est adressée par l'honorable Ian Mackenzie et qui accompagne une résolution approuvant les mesures de sécurité sociale prises par le Gouvernement. Cette résolution avaient été transmise au premier ministre par la Conférence Quinte de l'Eglise unie du Canada.

Le président donne aussi lecture d'une lettre par laquelle Mlle Elizabeth Wallace, secrétaire de la *Canadian Association of Social Workers*, de Toronto, Ont., déclare que cette Association aimerait présenter un mémoire à l'automne. Il est convenu que le Comité agréera la présentation de ce mémoire.

Il est donné lecture d'une lettre de M. J. C. G. Herwig, secrétaire général de la Légion canadienne. Il est ordonné que les pièces jointes à cette lettre, soit une lettre de M. D. J. Corrigal, commissaire, de la Société canadienne de la Croix-Rouge adressée au lieutenant-colonel W. C. Nicholson, vice-président de la Légion canadienne, et un rapport en date du 15 juin 1943, signé par le docteur Grant, soient imprimées dans le compte rendu des témoignages pour compléter la déposition rendue par le colonel Nicholson le 6 juillet dernier.

Le président se fait l'interprète du Comité pour exprimer ses regrets de la mort subite du lieutenant-colonel Nicholson.

Le Comité étudie la question des pensions de vieillesse, des pensions aux aveugles et des allocations aux anciens combattants. Sur proposition de M. Mayhew, il est convenu que le président rédigera, à cet égard un projet de recommandation qui sera étudié à la prochaine séance.

Le Comité reprend l'étude de l'avant-projet de loi d'assurance-maladie.

La clause 3 est modifiée par l'insertion, à la douzième ligne, des mots "en général" après le mot "publique".

La Première Annexe est modifiée ainsi qu'il suit: Sous la rubrique " Désignation de l'octroi ", le numéro (4) " Jeunesse (aptitude physique) " est remplacé par " Enfants infirmes ".

Sous la rubrique " Objet de l'octroi ", biffer au numéro (4) les mots " le développement physique de la jeunesse" qui figurent après les mots "programme pour " et les remplacer par les mots " la prévention et l'enrayement des conditions qui donnent naissance à l'infirmité chez les enfants ".

Sous la rubrique " Conditions spéciales régissant l'octroi ", biffer, au numéro (4), le mot " système " et le remplacer par le mot " plan ".

La clause 3 et la Première Annexe sont adoptées dans leur forme modifiée.

Comme le Comité n'a pas le temps d'étudier l'avant-projet de loi article par article, il est décidé que le président préparera des recommandations générales qui seront étudiées à la prochaine séance du Comité.

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

Le MARDI 20 juillet 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 11 h. 30 du matin sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Adamson, Bruce, Mme Casselman, MM. Côté, Donnelly, Hatfield, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Lalonde, MacInnis, MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McCann, McGarry, Mayhew, Picard, Shaw, Veniot et Wood.—20.

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, Departement des Assurances; M. W. G. Gunn, avocat près le ministère des Pensions et de la Santé nationale; M. J. T. Marshall, directeur, statistiques démographiques; M. S. B. Smith, directeur, statistiques commerciales; le colonel J. R. Munroe, directeur, statistiques financières.

Le président donne lecture d'un projet de rapport qu'il a préparé à la demande du Comité. Après étude, il est ordonné une nouvelle rédaction de certains passages.

A une heure de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau le mercredi 21 juillet, à 4 h. 30 de l'après-midi.

Le MERCREDI 21 juillet 1943.

Le Comité spécial de la sécurité sociale se réunit à 4 h. 30 de l'après-midi sous la présidence de l'honorable Cyrus Macmillan.

Présents: MM. Adamson, Bruce, Mme Casselman, MM. Donnelly, Fulford, Hatfield, Howden, Hurtubise, Johnston (*Bow-River*), Kinley, Leclerc, MacInnis, MacKinnon (*Kootenay-est*), Macmillan, McGarry, Picard, Shaw, Warren et Wood.—19.

Sont aussi présents: 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, statistiques démographiques; M. S. B. Smith, directeur, statistiques commerciales; le docteur J. J. Heagerty, directeur des Services d'hygiène publique, ministère des Pensions et de la Santé nationale.

Le Comité reprend l'étude du projet de rapport et, à l'unanimité, l'adopte en sa forme modifiée.

Le président remercie les membres du Comité pour l'esprit de collaboration dont ils ont fait preuve.

A 6 heures de l'après-midi, le Comité s'ajourne pour se réunir de nouveau sur convocation du président.

Le secrétaire du Comité,
J. P. DOYLE.

TÉMOIGNAGES

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA CROIX-ROUGE

3416, rue McTavish

MONTRÉAL, 6 juillet 1943.

Au lieut.-col. W. C. NICHOLSON, K.C., D.S.O., M.C.,
Vice-président de la Légion canadienne, B.E.S.L.,
507, Place d'Armes, Montréal, P.Q.

MON CHER BILLY, — Nous nous préoccupons vivement de la situation de certains bénéficiaires des allocations aux anciens combattants. Nous avons eu dernièrement à régler quelques cas réellement pitoyables, pour ne pas dire plus.

Le Gouvernement accorde à un vétéran célibataire, à titre d'allocation d'ancien combattant, une mensualité de $20 plus $5 d'indemnité de vie chère, mais ne lui permet pas de gagner plus de $5 par mois, soit au total $30. Il s'ensuit que ces vétérans vivent dans les asiles de nuit. Dans les cas dont nous nous sommes occupés, la plupart de nos protégés vivent dans des asiles de nuit exploités par l'entreprise privée. Ils paient $3 par semaine pour occuper une pièce où couchent quarante hommes, dans des conditions où l'hygiène laisse fort à désirer. Il est honteux de voir des anciens combattants ayant servi dans la dernière guerre vivre dans des conditions aussi déplorables.

Pour vous citer un exemple, un de nos protégés qui habite un de ces asiles, et qui a eu d'excellents états de service, souffrait d'un ébranlement nerveux attribuable à la sous-alimentation. A notre clinique, grâce aux soins qu'il lui a dispensés et aux vitamines qu'il lui a fait absorber, notre médecin a pu le rendre en état de gagner sa vie. Notre protégé a obtenu un emploi de $20 par mois, mais quand il s'est agi de remplir la fiche qui devait être envoyée au ministère, le patron a été informé que l'intéressé ne devait pas gagner plus de $5 par mois. Notre homme a donc commencé à travailler pour $5 par mois, et naturellement, la différence de $15 profitait à l'employeur, ce qui est évidemment absurde. Notre protégé ne pouvait subsister avec $30 par mois, car son travail le forçait à prendre une nourriture plus substantielle, et comme il ne pouvait se rendre à notre maison de convalescents, il lui fallait prendre ses repas au restaurant. Il a donc dû abandonner son emploi.

Nous prétendons que le Gouvernement devrait traiter les bénéficiaires d'allocations aux anciens combattants sur le même pied que les pensionnés et leur permettre de gagner tout ce qu'ils peuvent. Aucun d'entre eux ne gagnera jamais beaucoup, mais ils pourraient ainsi se rendre utiles à leur pays.

Le 16 juin, je discutais cette question à fond avec M. Walter Woods, sous-ministre associé des Pensions et de la Santé nationale. Il m'a dit que le ministère favorisait un arrangement de ce genre, mais que le ministre des Finances s'y opposerait car cela déséquilibrerait le barème des pensions de vieillesse.

J'appelle votre attention sur ce que le ministre des Pensions a déclaré à Toronto: "Les anciens combattants de la présente guerre toucheront une allocation de démobilisation de $44.20 par mois durant leur formation professionnelle". Pourquoi accorder ce montant aux soldats de la présente guerre quand les anciens combattants de l'autre guerre n'en touchent que $30.

Ci-joint copie d'un rapport du docteur Grant, le directeur de notre clinique, à 902, rue des Inspecteurs.

Je vois qu'Alex Walker propose l'augmentation de l'allocation aux anciens combattants, mais, selon nous, il vaudrait mieux que les autorités suppriment les restrictions imposées à la faculté de gain des bénéficiaires de ces allocations.

Le colonel Leggat désirerait vivement s'entretenir avec vous de cette question afin de voir si l'intervention commune de la Légion et de la Croix-Rouge n'amènerait pas quelque résultat.

Quand vous aurez pris connaissance de la présente, je vous prierais de me donner un coup de téléphone afin que nous puissions organiser une entrevue.

Votre tout dévoué,

(Signé) DAVE.
D. J. CORRIGALL,
Commissaire.

Copie

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA CROIX-ROUGE

DIVISION DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Copie du rapport du docteur Grant, en date du 15 juin 1943

" Je suis d'avis que les soldats de la dernière guerre qui touchent l'allocation aux anciens combattants ne peuvent pas subsister avec ce montant, même s'ils y ajoutent le supplément de $5 qu'il leur est permis de gagner. Au prix où sont les chambres et la nourriture, ce montant ne suffit même pas à assurer un lit et les repas. Presque tous les bénéficiaires de cette allocation souffrent de sous-alimentation. Ils doivent recourir à la charité pour se vêtir et se procurer d'autres menues nécessités. Les médicaments que leur dispense la clinique de la Croix-Rouge consistent, dans une proportion de 90 p. 100 en concentrés de vitamines pour compléter leur régime alimentaire insuffisant. La plupart de ces vétérans voudraient et pourraient gagner un petit salaire qui s'ajouterait à leur allocation, mais la loi ne leur permet qu'un supplément de $5. Ce montant ne couvre pas le supplément de dépense de ces vétérans qui, du fait de leur travail, doivent manger au restaurant. Il s'ensuit donc *qu'ils ne peuvent accepter d'emploi,* leur situation étant alors pire qu'auparavant. Même à présent, celui qui a émargé pendant quelques années au budget des allocations aux anciens combattants ou au budget de l'assistance-chômage n'est pas en état, physiquement, de gagner beaucoup. *Si on lui permettait d'augmenter son allocation de $25 de tout ce qu'il peut gagner, il pourrait alors atteindre un niveau d'existence assez convenable.* Le pays profiterait de son travail et le budget des œuvres de charité serait soulagé d'autant. L'ancien combattant jouirait d'un sort meilleur et plus favorable à la santé. Je citerai en exemple le cas de Robert Bromley qui, devenu invalide par suite de sous-alimentation, avait été envoyé à une institution d'incurables. Libéré de cette institution, il s'est fait traiter à notre clinique et, grâce aux vitamines qu'il a absorbées, son état s'était suffisamment amélioré pour lui permettre de travailler. Ayant pris un emploi de $20 par mois, le seul que des années d'oisiveté et de sous-alimentation lui permettaient d'occuper, il découvrit qu'il n'avait pas le droit de gagner plus de $5 par mois. Comme il lui fallait payer ses repas, il a été obligé d'abandonner son emploi parce que, selon ses propres termes, "il n'avait pas les moyens de travailler, les prix du restaurant étant trop élevés pour sa bourse."

En réponse à la demande faite au Conseil des régisseurs de la province d'Ontario, lors de sa comparution devant le Comité, relativement au nombre de chiropraticiens, praticiens soignant sans médicaments et ostéopathes inscrits lors de l'immatriculation initiale et au nombre de ces praticiens établis par la suite dans la province, j'ai l'honneur de vous communiquer les statistiques suivantes:

Nombre des chiropraticiens et praticiens soignant sans médicaments, à l'immatriculation initiale du 1er juin 1926 517
Nombre des chiropraticiens et praticiens soignant sans médicaments inscrits à la suite d'examens et de reconnaissances réciproques, du 1er juin 1926 au 1er juin 1943 166

Total des chiropraticiens et praticiens soignant sans médicaments inscrits jusqu'à date 683
Nombre des chiropraticiens et praticiens soignant sans médicaments rayés du registre à la suite de démission, départ, annulation de brevet ou décès 266

Nombre des chiropraticiens et praticiens soignant sans médicaments figurant au registre le 1er juin 1943 ..... *417*

Nombre des ostéopathes, à l'immatriculation initiale du 1er juin 1926 94
Nombre des ostéopathes inscrits à la suite d'examens et de reconnaissances réciproques, du 1er juin 1926 au 1er juin 1943 70

Total des ostéopathes inscrits jusqu'à date 164
Nombre des ostéopathes rayés du registre à la suite de démission, départ, annulation de brevet ou décès 49

Nombre des ostéopathes figurant au registre le 1er juin 1943 ..... *115*

CANADIAN OSTEOPATHIC ASSOCIATION
(INCORPORATED)

Cabinet du trésorier,
2904, rue Yonge,
Toronto, 12, Ontario,
Le 2 juillet 1943.

A l'honorable Cyrus Macmillan, député,
Président du Comité spécial de la sécurité sociale,
Chambre des communes,
Ottawa, Ontario.

CHER MONSIEUR,—A la séance de votre Comité tenue le mardi 15 juin et à laquelle ont comparu les délégués de la *Canadian Osteopathic Association*, M. McCann a posé la question suivante (page 631, lignes 52 et suivantes, fascicule nº 21 des témoignages):

> Vous dites que dans certains états des Etats-Unis, les ostéopathes sont autorisés à rédiger des rapports qui sont acceptés par les compagnies d'assurance-accidents et d'assurance-maladie. Certains de ces états acceptent-ils l'examen des candidats à l'assurance-vie par des médecins ostéopathes?

En réponse à la question du docteur McCann, je vous envoie, ainsi que je l'ai promis, une liste partielle des compagnies d'assurance-vie qui ont nommé des médecins ostéopathes au poste de médecin examinateur.

Votre tout dévoué,

J. R. G. McVITY, D.O.,
Trésorier.

COMPAGNIES D'ASSURANCE-VIE QUI ONT NOMMÉ DES MÉDECINS OSTÉOPATHES AU POSTE DE MÉDECIN EXAMINATEUR

Aetna Life Insurance Company
Aid Association for Lutherans, Appleton, Wis.
Alliance Life Insurance Company, Peoria, Ill.
American National Assurance Company, St. Louis, Mo.
American Reserve Life Insurance Co., Omaha, Nebr.
American National Insurance Company, Galveston, Texas.
American Underwriters Corporation, Olympia, Wash.
Bankers National Life Insurance Co., Denver, Colo.
Bankers Reserve Life Insurance Co., Omaha, Nebr.
Bankers Union Life Insurance Co., Denver, Colo.
Beneficial Life Insurance Co., Salt Lake City, Utah.
Capitol Mutual Association, Jefferson City, Mo.
Capitol Mutual Association, Jefferson City, Mo.
Central Life Assurance Company, Fort Scott, Kans.
Colorado Life Assurance Company, Denver, Colo.
Columbia Life Insurance Company, Omaha, Nebr.
Commercial Standard Insurance Co., Fort Worth, Texas.
Conservative Life, Wheeling, W. Va.
Country Life Insurance Company, Chicago, Ill.
Crown Life Insurance Company Toronto, Ontario.
Durham Life Insurance Company
Equity Life Insurance Company, Omaha, Nebr.
Farmers and Traders Life Insurance Co., Syracuse, N.-Y.
Federal Life and Casualty Company, Detroit, Michigan.
Fidelity Life Association, Fulton, Ill.
First National Life Insurance Co., St. Louis, Mo.
The Fontenelle Insurance Company, Omaha, Nebr.
Franklin Life Insurance Company, Springfield, Ill.
Grange Mutual Life Company, Nampa, Idaho.
Great American Insurance Co., Hutchinson, Kans.
Great Northern Life Insurance Co., Chicago, Ill. (Eye Dept.)
Guaranteed Securities Life Ins. Co., Topeka, Kans.
Homesteaders Life Association, Des Moines, Iowa.
Illinois Bankers Life Assurance Co., Monmouth, Ill.
Independent Order of Foresters
Jewish National Workers Alliance
Kansas City Life Insurance Co., Texas Office.
Kansas Life Insurance Company, Topeka, Kans.
Kentucky Central Life & Accident Co., Anchorage, Ky.
Knights of St. George, Pittsburg, Pa.
Liberty Mutual Life Insurance Co., Kansas City, Mo.
Liberty Mutual Life Insurance Co., Birmingham, Ala.
Lutheran Mutual Aid, Waverly, Iowa.
Metropolitan Life Insurance Co.,
Mid-Continent Life Insurance Co., Oklahoma City, Okla.
Midland Life Insurance Co., Kansas City, Mo.
Missouri Insurance Company, St. Louis, Mo.
Monarch Life Insurance Company, Springfield, Mass.
Mutual Life Insurance Co. of New York
Mutual Trust Life Insurance Company, Chicago, Ill.

National Guarantee Life Company, Hollywood, Calif.

National Old Line Life Insurance Co., Wichita, Kans.

New York Life Insurance Company.

Columbus Mutual Life Insurance Co.

Gulf Securities Life Insurance Co., Corpus Christi, Texas.

John Hancock Mutual Life Insurance Co., Boston, Mass.

Woodmen of the World, Denver, Colo.

Royal Neighbors of America.

Indianapolis Life Insurance Company.

Occidental Life Insurance Co.

Ohio National Life Insurance Co.

Relié par
Harpell's Press Co-operative
Gardenvale