

328

Dr. G. Lévesque

1941-1943

Q
A11D6
A29/H59
E4: A

COMMISSION PROVINCIALE D'ENQUÊTE

Première partie

9

A l'honorable Henri Gault,
Ministre de la Santé et du Bien-être,
Ottawa.

A l'honorable Edgar Rodette, C.R.,
Ministre du Travail,
Ottawa.

Messieurs les Ministres,

R A P P O R T

L'honneur de vous présenter au premier rapport de cette Commission, établi en vertu de l'article 2157 de la Loi sur l'Administration des Hôpitaux et dont vous êtes membres, est un honneur.

Le docteur André Lévesque, officier spécial de l'Assistance Publique de Montréal, président;

juin 1942

Monsieur A. Louis G. Orléan, président de la section nord de l'Hôpital Général de Montréal, vice-président;

de la

Monsieur Jean O'Connell-Maher, sous-ministre adjoint du Travail;
Monsieur Alfred Charpentier, président de la Confédération des Employés Catholiques du Canada;

L'article 439 de la Loi sur l'Administration des Hôpitaux, en vertu duquel la Commission a été créée, est adjoint à ce rapport, ainsi que des copies de ses règlements.

① COMMISSION PROVINCIALE D'ENQUÊTE SUR LES HÔPITAUX

②

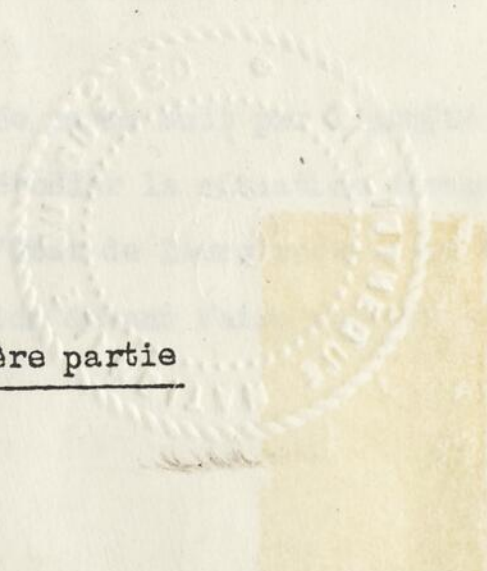
Rapport

③

1943



Première partie



R A P P O R T

de la

COMMISSION PROVINCIALE D'ENQUÊTE SUR LES HÔPITAUX

Première partie

A l'honorable Henri Groulx,
Ministre de la Santé et du Bien-Être Social,
Québec.

A l'honorable Edgar Rochette, C.R.,
Ministre du Travail,
Québec.

Messieurs les Ministres,

La Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux a bien l'honneur de vous présenter son premier rapport sur ses travaux; cette Commission, constituée en vertu de l'arrêté ministériel no 2159* du 20 août 1941, avait juridiction dans la région métropolitaine et était composée des personnes dont les noms suivent:

Le docteur Arthur Lassard, Officier spécial de l'Assistance Publique de Montréal,
président;

Le docteur A. Lorne G. Gilday, surintendant de la section ouest de l'Hôpital
Général de Montréal, vice-président;

La révérende soeur Allard, Hospitalière générale de l'Hôtel-Dieu de Montréal;

Monsieur James O'Connell-Maher, sous-ministre adjoint du Travail;

Monsieur Alfred Charpentier, président de la Confédération des Travailleurs
Catholiques du Canada,

L'arrêté numéro 439** du 20 février 1942, étendait la juridiction de la Commission à toute la province et adjoignait deux nouveaux membres aux cinq commissaires déjà en fonction:

Le Major docteur Renault Lemieux, médecin en chef de l'Hôpital St-Sacrement de
Québec;

Monsieur Albert Towner, gérant général de la Caisse d'Economie de Notre-Dame
de Québec.

La tâche de la Commission était tracée comme suit par l'arrêté ministériel no 2159; il ordonna que cet organisme "verrait à étudier la situation économique des hôpitaux d'Assistance publique et des asiles d'aliénés, l'état de leurs revenus et dépenses, les conditions de travail des employés, telle commission devant faire rapport au

* Cf. appendice "A";

** Cf. appendice "B".

ministère de la Santé et du Bien-Être social et au ministère du Travail sur les remèdes qu'il convient d'apporter aux difficultés constatées"; par ailleurs, l'arrêté ministériel indiquait les motifs qui avaient incité le Lieutenant-Gouverneur en Conseil à créer la Commission:

- a.- nécessité du maintien au plus haut degré d'efficacité des institutions publiques d'hospitalisation de même que des maisons d'aliénés;
- b.- précarité de la situation financière et économique de ces institutions en raison de l'état de guerre et de l'augmentation des prix;
- c.- répercussions inévitables des conditions d'ordre financier des hôpitaux et des institutions d'aliénés sur les salaires de leurs employés et leur niveau de vie;
- d.- demandes répétées de l'Association des employés d'hôpitaux de Montréal au Gouvernement de la province et aux institutions en vue du réajustement des salaires des employés d'hôpitaux.

De plus, l'arrêté ministériel numéro 586⁺ du 13 mars 1942 a étendu considérablement le champ de l'enquête que devait faire la Commission; si les recherches en matière de revenus et dépenses continuaient de se borner aux institutions d'assistance publique, la juridiction de la Commission sur les conditions de travail des employés touchait toutes les institutions d'hospitalisation du Québec; il demandait enfin à la Commission de faire au Gouvernement "les suggestions jugées à propos en vue de l'amélioration de la situation générale des conditions d'hospitalisation dans la Province".

La Commission après avoir délimité le domaine de son enquête, s'est mise au travail et a pris immédiatement les dispositions nécessaires en vue d'obtenir les renseignements indispensables à la réalisation de son but, tels:

- a.- les rapports financiers des institutions d'hospitalisation;
- b.- les états des sommes versées par la Province et les municipalités en exécution de la Loi de l'Assistance Publique et de la Loi des Aliénés;
- c.- des statistiques portant sur les salaires des employés, etc.

Les Commissaires profitent de la présentation de ce rapport pour remercier la direction des institutions et les représentants des associations ouvrières intéressées de leur collaboration et de la rapidité avec laquelle ils ont satisfait aux demandes de la Commission.

Le travail d'enquête a dû logiquement subir des divisions; les voici:

- a.- Bases légales d'assistance et cercle des bénéficiaires;
- b.- Revenus et dépenses des institutions pour l'hospitalisation;
- c.- Conditions générales d'hospitalisation dans la Province;
- d.- Statut légal des employés et leurs conditions de travail.

La Commission traitera de ces sujets dans des rapports particuliers portant chacun sur les points ci-dessus mentionnés.

+ Cf. appendice "G"

La Commission a tenu à date 59 séances régulières à huis clos à Montréal et à Québec, ainsi que 38 audiences au cours desquelles elle a reçu des représentants des corps publics intéressés. §

Pour rencontrer les intéressés, la Commission a visité les centres suivants du Québec: Trois-Rivières, Sherbrooke, Hull, Chicoutimi, Noranda, Val d'Or, Mont-Joli, Rimouski et Amos; des membres de la Commission ont rencontré de plus des représentants du Gouvernement Fédéral à Ottawa et du Gouvernement de l'Ontario, à Toronto.

Le tableau qui constitue l'annexe "E" indique le nom des institutions d'assistance publique des catégories "A" et "B" et des hôpitaux pour maladies mentales, visées par l'enquête ainsi que l'endroit où elles sont situées, la nature des soins que l'on y donne ainsi que le nombre de lits qu'elles contiennent.

On verra de plus à l'annexe "F", la liste des autres institutions au sujet desquels la Commission a fait enquête.

Les informations données dans les deux annexes "E" et "F" rendent bien le travail considérable qu'a dû accomplir la Commission: celle-ci vous communiquera le résultat de ses recherches et ses recommandations en un rapport divisé en cinq parties particulières et dans l'ordre suivant:

- Première partie: la division de l'enquête et celle du rapport;
- Deuxième partie: le problème légal de l'assistance;
- Troisième partie: le statut légal des employés d'hôpitaux et leurs conditions de travail;
- Quatrième partie: la situation financière des institutions d'hospitalisation;
- Cinquième partie: les conditions générales d'hospitalisation dans le Québec.

Le tout humblement soumis,

Le Président,

Dr Arthur Lessard

Le Vice-Président,

Dr A. Lorne G. Gikday

Les membres,

Révérènde Soeur Allard

J.O'Connell-Maher

Alfred Charpentier

Dr Renault Lemieux

Albert Towner

Québec, février 1943.

§ Cf. appendice "D"

Arrêté en Conseil
CHAMBRE DU CONSEIL EXÉCUTIF

Numéro 2159

Québec, le 20 août 1941

PRESENT:

Le Lieutenant-Gouverneur en Conseil

CONCERNANT la nomination d'une commission d'enquête des services hospitaliers pour le district de Montréal.

—oooOooo—

ATTENDU QU'il importe de maintenir au plus haut degré d'efficacité les institutions publiques d'hospitalisation de même que les maisons d'aliénés;

ATTENDU QUE, par suite de la guerre et de l'augmentation des prix, la situation financière et économique de ces institutions est devenue précaire;

ATTENDU QUE, par ailleurs, les conditions d'ordre financier des hôpitaux et des institutions d'aliénés ont des répercussions sur les salaires de leurs employés et leur niveau de vie;

ATTENDU QUE "L'Association des employés d'hôpitaux de Montréal" a, à diverses reprises, prié le Gouvernement et les dites institutions d'avoir à rajuster les tarifs de salaires des personnes travaillant pour le compte des institutions nommées;

ATTENDU QU'il est opportun de nommer une commission d'enquête des conditions économiques des services hospitaliers et de leur personnel, particulièrement pour le district de Montréal;

A CES FINS:

IL EST ORDONNE, sur la proposition de l'honorable ministre du Travail, que soit nommée une commission d'enquête des services hospitaliers pour le district de Montréal, qui verra à étudier la situation économique des hôpitaux d'assistance publique et des asiles d'aliénés, l'état de leurs revenus et dépenses, les conditions de travail des employés, telle commission devant faire rapport au ministère de la santé et du bien-être social et au ministère du travail, dans un délai de quatre (4) mois, sur les remèdes qu'il convient d'apporter aux difficultés constatées.

IL EST ORDONNE, également, que ladite Commission soit composée de cinq (5) membres, à savoir:

Docteur A. Lessard, officier de l'Assistance Publique, président de la Commission;

Révérènde Soeur Allard, supérieure de l'Hôtel-Dieu de Montréal;

- M. James O'Connell-Maher, secrétaire du ministère du Travail;
- M. Alfred Charpentier, président de la Confédération des Travailleurs Catholiques du Canada;
- Dr A. Irone G. Gilday, Montreal General Hospital, 60 est, rue Dorchester, Montréal.

Tous déboursés afférant à cette commission seront supportés, à part égale, par le ministère de la santé et du bien-être social et par le ministère du travail.

CONCERNANT l'extension, sur toute la province de la juridiction de la Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux de la région de Montréal.

A. MORISSET

Greffier du Conseil Exécutif

ATTENDU QUE le Ministre du Travail a reçu de la Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux de la région de Montréal, créée en exécution de l'arrêté ministériel numéro 2195 du 20 août 1941, un rapport préliminaire révélant que le problème des hôpitaux de la province de Québec ne pourrait être réglé fréquemment et satisfaisamment dans le district de Montréal;

ATTENDU qu'il est jugé nécessaire de faire une étude de la situation financière de tous les hôpitaux de la province;

IL EST ORDONNE, en conséquence, sur la proposition de l'honorable Ministre du Travail, que la juridiction de la Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux du district de Montréal soit étendue à toute la province, et ce, dans le cadre tracé par l'arrêté ministériel numéro 2195 du 20 août 1941;

IL EST ORDONNE, également, que monsieur le docteur Benoît Lapierre, de l'Hôpital Saint-Sacrament, de Québec, et monsieur Albert Roper, gérant général de la Classe d'Assurance de Notre-Dame de Québec, soient adjoints à la Commission comme membres, et ce, avec la même prérogative que les autres commissaires.

IL EST ORDONNE, de plus, que les délais prévus pour la présentation du rapport de la Commission soient réduits et que celle-ci présente son rapport dans le plus court délai possible après avoir procédé à l'étude nécessaire des problèmes qui lui seront soumis.

A. MORISSET

Greffier du Conseil Exécutif

Arrêté en Conseil

CHAMBRE DU CONSEIL EXECUTIF

Numéro 439

Québec, le 20 février 1942

PRESENT:

Le Lieutenant-Gouverneur-en-Conseil

CONCERNANT l'extension, sur toute la province de la juridiction de la Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux du district de Montréal

—oooOooo—

ATTENDU QUE le Ministre du Travail a reçu de la Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux de la région de Montréal, créée en exécution de l'arrêté ministériel numéro 2159 du 20 août 1941, un rapport préliminaire révélant que le problème des hôpitaux de la province de Québec ne pourrait être réglé fragmentairement et exclusivement dans le district de Montréal;

ATTENDU QU'il est devenu nécessaire de faire une étude de la situation financière de tous les hôpitaux de la province;

IL EST ORDONNE, en conséquence, sur la proposition de l'honorable Ministre du Travail, que la juridiction de la Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux du district de Montréal soit étendue à toute la province, et ce, dans le cadre tracé par l'arrêté ministériel numéro 2159 du 20 août 1941;

IL EST ORDONNE, également, que monsieur le docteur Renault Lemieux, de l'Hôpital Saint-Sacrement, de Québec, et monsieur Albert Towner, gérant général de la Caisse d'Economie de Notre-Dame de Québec, soient adjoints à la Commission comme membres, et ce, avec la même rémunération que les autres commissaires.

IL EST ORDONNE, de plus, que les délais prévus pour la présentation du rapport de la Commission soient radiés et que celle-ci présente son rapport dans le plus court délai possible après avoir procédé à l'étude nécessaire des problèmes qui lui seront soumis.

A. MORISSET

Greffier du Conseil Exécutif

Arrêté en Conseil

CHAMBRE DU CONSEIL EXECUTIF

Numéro 586

Québec, le 13 mars 1942

PRESENT:

Le Lieutenant-Gouverneur en Conseil

CONCERNANT un nouvel amendement à l'arrêté-en-conseil, numéro 2159 du 20 août 1941, instituant la Commission d'enquête sur les hôpitaux.

—oooOooo—

IL EST ORDONNE, sur la proposition de l'honorable Ministre du Travail, que l'arrêté ministériel numéro 2159 du 20 août 1941, instituant la Commission d'enquête sur les hôpitaux, tel qu'amendé par l'arrêté numéro 2370 du 11 septembre 1941, et l'arrêté numéro 439 du 20 février 1942, soit de nouveau amendé de la façon suivante:

Le premier paragraphe des recommandations de l'arrêté est radié et remplacé par le suivant:

IL EST ORDONNE que soit nommée une commission d'enquête des hôpitaux de la province qui:

- 1.- Etudiera la situation économique de toutes les institutions qui reçoivent, traitent, gardent ou hébergent des hommes, femmes, enfants indigents, en exécution de la Loi de l'Assistance Publique ou de la Loi des Aliénés, telles études pouvant porter sur l'ensemble de ces institutions ou sur chaque institution en particulier.
- 2.- Enquêtera sur l'état de leurs revenus et dépenses en leurs actifs et passifs;
- 3.- Enquêtera sur les conditions de travail des employés des institutions énumérées au premier paragraphe du présent article, ainsi que sur les conditions de travail des employés des institutions privées d'hospitalisation, le terme "employé" comprenant toute personne recevant une rémunération de l'institution où elle travaille;
- 4.- Présentera un rapport sur les moyens à prendre pour augmenter les revenus ou réduire les dépenses des institutions mentionnées au premier paragraphe du présent article et recommandera, si nécessaire, des amendements à la Loi de l'Assistance Publique ou à la Loi des Aliénés;
- 5.- Fera les recommandations nécessaires en vue d'améliorer les conditions de travail des employés visés au troisième paragraphe du présent article;

Liste des personnes qui ont comparu devant la Commission et les corps

6.- Fera des recommandations sur des modifications possibles au mode de répartition des charges en exécution de la Loi de l'Assistance Publique ou de la Loi des Aliénés.

7.- Fera les suggestions jugées à propos en vue de l'amélioration de la situation générale des conditions d'hospitalisation dans la province."

- Alexandra;
- Children's Memorial;
- Grand Port Home;
- Hospitals;
- Hôtel-Dieu;
- Joseph General;
- Miséricorde (de la);
- Montreal Convalescent;
- Montreal General (Central);
- Montreal General (Eastern);
- Notre Dame de la Merci;
- Notre Dame;
- Radisson (Institut de);
- Parsons (Postage);
- Royal Victoria;
- St-Jean d'Évêque;
- St-Joseph;
- St-Jules;
- St-Mary's Memorial;
- St-Joseph;
- Verdun Protestant;
- Woods's General;

A. MORISSET

Greffier du Conseil Exécutif

- L'Association des Gardes-Malades Morg. de la Province de Québec;
- Le Comité Exécutif de la ville de Montréal;
- La ville de Montmagny;
- La ville de Verdun;
- La ville de Québec;
- L'Association des Employés d'Hôpitaux de Montréal Inc.;
- La Conférence de Montréal de l'Association Catholique des Hôpitaux des États-Unis et du Canada représentant les hôpitaux suivants:

- Hôtel-Dieu de Montréal;
- Hôpital du Sacré-Coeur de Cartierville;
- Hôpital St-Jean-de-Dieu;
- Hôpital St-Jean-de-Évêque;
- Hôpital St-Vincent de Paul, Mont-Royal;
- Hôpital Général de Verdun;
- Hôpital St-Charles de St-Hyacinthe;
- Hôpital Général de la Miséricorde;
- Hôpital St-Jean, St-Jean;
- Hôpital St-Jacques, Joliette;
- Hôpital St-Joseph, Québec;
- Hôpital Notre-Dame de l'Espérance, St-Laurent;
- Hôpital St-Jacques des Convalescentes;
- Hôtel-Dieu, Valleyfield;
- St. Mary's Hospital;

- Le chef de la division d'aliénés du ministère de la Santé et du Bien-Être Social de la Province de Québec;
- Le Bureau médical de la Commission des Accidents du Travail;
- Hôpital St-Jean de Lévis;
- Le président de la Commission municipale;

Liste des personnes qui ont comparu devant la Commission et des corps
publics dont les représentants ont témoigné au cours
d'audiences

Le Conseil des Hôpitaux de Montréal représentant les hôpitaux suivants:

Alexandra;
Children's Memorial;
Grace Dart Home;
Homeopathic;
Hôtel-Dieu;
Jewish General;
Miséricorde (de la);
Montreal Convalescent;
Montreal General (Central)
Montreal General (Western);
Notre Dame de la Merci;
Notre Dame;
Radium (Institut du);
Pasteur (contagieux);
Royal Victoria;
Ste-Jeanne d'Arc;
Sacré-Coeur;
Ste-Justine;
St-Luc;
St. Mary's Memorial;
Shriner's;
Verdun Protestant;
Women's General;

L'Association des Gardes-Malades Emrg. de la Province de Québec;

Le Comité Exécutif de la ville de Montréal;

La ville de Westmount;

La ville de Verdun;

La ville de Lachine;

L'Association des Employés d'Hôpitaux de Montréal Inc.;

La Conférence de Montréal de l'Association Catholique des Hôpitaux des Etats-Unis et
du Canada représentant les hôpitaux suivants:

Hôtel-Dieu de Montréal;
Hôpital du Sacré Coeur de Cartierville;
Hôpital St-Jean-de-Dieu;
Hôpital Ste-Jeanne d'Arc;
Hôpital St-Vincent de Paul, Sherbrooke;
Hôpital Général de Verdun;
Hôpital St-Charles de St-Hyacinthe;
Hôpital Général de la Miséricorde;
Hôpital St-Jean, St-Jean;
Hôpital St-Eusèbe, Joliette;
Hôpital St-Joseph, Lachine;
Hôpital Notre-Dame de l'Espérance, St-Laurent;
Hôpital St-Joseph des Convalescentes;
Hôtel-Dieu, Valleyfield;
St. Mary's Hospital;

Le chef de la division d'aliénés du ministère de la Santé et du Bien-Être Social de
la Province de Québec;

Le Bureau médical de la Commission des Accidents du Travail;

Hôpital St-Jean de Dieu;

Le président de la Commission municipale;

- La Confédération des Travailleurs Catholiques du Canada;
- Le Service du Bien-Être Social de la Cité de Montréal;
- L'Institut Bruchési de Montréal Inc.;
- L'Hôtel-Dieu St-Vallier de Chicoutimi;
- L'Hôtel-Dieu St-Michel de Roberval;
- Le Conseil Central des Syndicats Nationaux du diocèse de Chicoutimi;
- La Conférence des Hôpitaux de Québec représentant les institutions suivantes:

Hôtel-Dieu, Québec;

Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec;

Hôpital Général de Québec;

Crèche St-Vincent de Paul, Québec;

Hôtel-Dieu du Coeur Agonisant de Jésus, Lévis;

Hôpital de la Miséricorde, Québec;

Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur, Québec;

Maison Provinciale des Soeurs de St-François d'Assise, Québec;

Maison Mère du Bon Pasteur, Québec;

Hôpital St-François d'Assise, Québec;

Hôpital Ste-Anne;

Maison Mère des Soeurs de la Charité, Québec;

Maison Mère des Dominicaines de l'Enfant Jésus, Québec;

Hôpital St-Michel Archange, Mastai;

École de La Jemmerais, Mastai;

Clinique Roy-Rousseau, Mastai;

Hôpital St-Sacrement;

Hôpital St-Joseph, Rivière du Loup;

Hôpital Laval;

Hôpital St-Joseph, Thetford-Mines;

Hôpital Civique, Québec;

L'Œuvre Notre-Dame du Bon Conseil, Québec;

Hôpital St-Joseph, Beauceville;

Hôpital St-Julien, St-Ferdinand;

Hôpital du Sacré Coeur, Plessisville;

Sanatorium Mastai;

Pavillon Dufrost, Mastai;

Hôpital St-Joseph, Trois-Rivières;

Hôtel-Dieu Notre-Dame des Neiges, Gaspé;

Sanatorium du Lac Edouard;

Hôpital St-Rédempteur, Matane;

Hôtel-Dieu St-Michel, Roberval;

Hôpital Ste-Croix, Drummondville;

Hôpital St-Joseph, Rimouski;

Hôtel-Dieu, Chicoutimi;

Hôpital du Christ Roi, Nicolet;

Hôpital Sanatorium Cooke, Trois-Rivières;

Hôpital Hospice Ste-Anne des Monts;

Hôtel-Dieu, Arthabaska;

Hôpital Ste-Thérèse, Shawinigan Falls;

Hôpital Ste-Anne de Beaupré;

La ville de Sillery;

La Ligue de défense contre la tuberculose;

L'Hôpital Laval de Québec;

Le Service de l'Assistance Publique de la ville de Québec;

Le Syndicat National Catholique des Services Hospitaliers de Québec;

L'Hôpital du St-Rédempteur de Matane;

L'Hôpital St-Joseph de Rimouski;

L'Hôpital Ste-Anne des Monts;

L'Hôtel-Dieu de Gaspé;

L'Hôpital du Sacré-Coeur de Hull;

Le Sanatorium St-Georges de Mont-Joli;

Le Sanatorium St-Laurent de Hull;

L'Orphelinat Ste-Thérèse de Hull;

- La ville de Hull représentée par son Honneur le Maire et l'Officier de l'Assistance Publique;
 Monsieur Alexis Caron, M.A.L. de Hull;
- Le Secrétariat des Syndicats Catholiques de Hull;
 - L'Association des Employés du Service Hospitalier des Cantons de l'Est;
 - L'Hospice du Sacré-Coeur de Sherbrooke;
 - L'Hôpital Ste-Croix de Drummondville;
 - Sherbrooke Hospital;
 - Hôpital Général St-Vincent de Paul de Sherbrooke;
 - Hôpital Ste-Thérèse de Shawinigan Falls;
 - Hôpital Norman & Cross des Trois-Rivières;
 - L'Orphelinat St-Dominique des Trois-Rivières;
 - Le Directeur de l'Oeuvre de l'Assistance à l'Enfance sans Soutien des Trois-Rivières;
 - Le Directeur du Patronage St-Charles des Trois-Rivières;
 - Le Bureau de directeur de l'Hôpital Cooke des Trois-Rivières;
 - La ville des Trois-Rivières représentée par:
 - Son Honneur le Maire;
 - L'Administrateur du Service du Bien-Etre;
 - L'Administrateur-Gérant;
 - Le Conseil Central des Syndicats Catholiques des Trois-Rivières;
 - L'Hôpital St-Joseph des Convalescents;
 - L'Hôpital Youville de Noranda;
 - Le Foyer de Rouyn;
 - L'Institut Jeanne d'Arc d'Ottawa;
 - Le Maire de la ville de Noranda;
 - Le Président de l'Association médicale de l'Abitibi;
 - Le Directeur des Services médicaux de l'Abitibi et du Témiscamingue;
 - L'Hôpital Ste-Thérèse d'Amos;
 - Le Clinicien ambulant en tuberculose de l'Abitibi;
 - Monsieur Félix Allard, M.A.L. de l'Abitibi;
 - Monsieur l'Abbé Lucien Savard, chancelier, représentant Monseigneur J.A. Desmarais d'Amos;
 - Le Service de Sérologie du Gouvernement Provincial;
 - La Fédération des Oeuvres de Charité Canadiennes-Françaises;
 - The Federation of Catholic Charities;
 - The Financial Federation;
 - The Federation of Jewish Philanthropies;
 - The Montreal Council of Social Agencies;
 - Le Bureau de l'Assistance sociale aux familles;
 - L'Association des Employés d'Hôpitaux de St-Hyacinthe;
 - The National Union of Operating Engineers.

Liste des institutions d'assistance publique des catégories "A" et "B" et
des hôpitaux pour maladies mentales

<u>Nom de l'institution</u>	<u>Endroit</u>	<u>Nombre de lits</u>
<u>Hôpitaux généraux "A-1":</u>		
Children's Hospital	Montréal	59
Children's Memorial Hospital	Montréal	260
Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec	Québec	351
Homeopathic Hospital	Montreal	119
Hôpital Notre-Dame	Montréal	642
Hôpital Ste-Jeanne d'Arc	Montréal	241
Hôpital Ste-Justine	Montréal	465
Hôpital St-Luc	Montréal	422
Hôpital St-Sacrement	Québec	300
Hôtel-Dieu de Montréal	Montréal	387
Jeffery Hale's Hospital	Québec	144
Jewish General Hospital	Montréal	226
Montreal General Hospital	Montréal	621
Royal Victoria Hospital	Montréal	751
St. Mary's Hospital	Montréal	193
Hôpital Général de Verdun	Montréal	250
Women's General Hospital	Montréal	225
<u>Hôpitaux généraux "A-2":</u>		
Christ-Roi de Nicolet	Nicolet	70
Hôpital Notre-Dame de la Garde	Ile-de-la-Madeleine	93
Hôpital Notre-Dame de la Merci	Montréal	16
Hôpital du Sacré-Coeur	Hull	170
Hôpital Ste-Anne de Beaupré	Ste-Anne de Beaupré	40
Hôpital Ste-Anne des Monts	Ste-Anne des Monts	84
Hôpital Ste-Anne	Mont Laurier	30
Hôpital St-Charles	St-Hyacinthe	167
Hôpital Ste-Croix	Drummondville	32
Hôpital St-Eusèbe	Joliette	60
Hôpital St-François d'Assise	Québec	167
Hôpital St-Jean	St-Jean	95
Hôpital St-Joseph	Lachine	129
Hôpital St-Joseph	Beauceville	56

<u>Nom de l'institution</u>	<u>Endroit</u>	<u>Nombre de lits</u>
Hôpital St-Joseph	La Tuque	50
Hôpital St-Joseph	Maniwaki	24
Hôpital St-Joseph	Rimouski	163
Hôpital St-Joseph du Précieux Sang	Rivière-du-Loup	108
Hôpital St-Joseph	Thetford-Mines	40
Hôpital St-Joseph	Trois-Rivières	249
Hôpital St-Michel	Buckingham	54
Hôpital St-Rédempteur	Matane	59
Hôpital Ste-Thérèse	Amos	30
Hôpital Ste-Thérèse	Shawinigan Falls	75
Hôpital St-Vincent de Paul	Sherbrooke	300
Hôpital Youville	Noranda	103
Hôtel-Dieu de Gaspé	Gaspé	150
Hôtel-Dieu de Lévis	Lévis	178
Hôtel-Dieu St-Joseph	Arthabaska	57
Hôtel-Dieu St-Michel	Roberval	160
Hôtel-Dieu St-Vallier	Chicoutimi	195
Hôtel-Dieu de Valleyfield	Valleyfield	131
Lachine General Hospital	Lachine	40
Sherbrooke Hospital	Sherbrooke	100
Pontiac Community Hospital	Shawville	15
<u>Hôpitaux généraux "A-3":</u>		
Hôpital du Sacré-Coeur	Pessisville	17
Hôpital Ste-Famille	Villemarie	40
Hôpital St-Jean-Eudes	Havre St-Pierre	65
Total des lits des hôpitaux de la catégorie "A".....		<u>9,268</u>
<u>Hôpitaux spéciaux "B-1" et "B-2":</u>		
Hôpital St-Jean-Baptiste des Convalescents	Montréal	55
Hôpital St-Joseph des Convalescents	Montréal	175
Julius Richardson Convalescent	Châteauguay	50
<u>Hôpitaux spéciaux "B-3":</u>		
Aide à la femme	Montréal	60
Hôpital Notre-Dame de Lourdes	Montréal	277
Hôpital Notre-Dame de la Merci	Montréal	250
Hôpital du Sacré-Coeur	Montréal	45
Protestant House of Ind.	Montréal	37

Liste des institutions au sujet desquelles la Commission a fait enquête

<u>Nom de l'institution</u>	<u>Endroit</u>	<u>Nombre de lits</u>
<u>Hôpitaux spéciaux "B-4":</u>		
Hôpital Notre-Dame de Lourdes	Montréal	75
Aide à la femme	Montréal	60
The Wales Home	Montréal	10
Hôpital Notre-Dame de la Merci	Montréal	234
Total des lits des hôpitaux de la catégorie "B"		<u>1,048</u>
<u>Hôpitaux pour aliénés:</u>		
Hôpital de la Baie St-Paul	Baie St-Paul	820
Hôpital St-Jean de Dieu	Montréal	6,000
Verdun Protestant Hospital	Montréal	1,400
Hôpital St-Michel Archange	Québec	3,000
St-Julien de St-Ferdinand	St-Ferdinand	800
Total des lits des hôpitaux pour aliénés		<u>12,020</u>
Assistance municipale	Montréal	K
Bureau de l'Enfance	Montréal	D-1, D-2, D-3, D-4, D-5, D-6
Bishop Mountain Hall	Québec	D-2
St-Joseph de l'Enfance	Montréal	K
Barrie Memorial Hospital	Oranston	K
Ernie Macleod's Park Hospital	Spadburg	K
Bureau d'assistance aux familles	Montréal	D-1, D-2, D-3, D-4
Crèche de la Migration	Pointe-aux-Trembles	D-2, D-3, D-4, D-5
St-Joseph Social	Québec	K
Children's Service Association Inc.	Montréal	D-2, D-3, D-4, D-5
Crèche St-Paul	Sault-au-Roulet	D-1, D-2
St-Joseph Welfare Association	Montréal	K
Crèche St-François de Paul	Québec	D-1, D-2, D-3
Crèche de vacances des Grèves	Combourg	K
Crèche St-Elizabeth	Sharbrooke	D-1, D-2
St-Joseph Social Service Guild	Montréal	K
St-Joseph Clinic Committee	Sharbrooke	K
St-Joseph's Mother's Hospital	Montréal	D-2, D-3, D-4
St-Joseph's Home	Montréal, près Québec	D-1, D-2, D-3
St-Joseph's Institute for the Blind	Montréal	K

Liste des institutions au sujet desquelles la Commission a fait enquête

<u>Nom de l'institution</u>	<u>Endroit</u>	<u>Catégorie</u>
Asile Bethléem	Montréal	D-2, D-1
Assistance Maternelle	Québec	K
Assistance Maternelle	Montréal	K
Assistance Maternelle et Goutte de lait	Sherbrooke	K
Association des Dames charitables de Québec	Québec	K
Assistance publique	Montréal	K
Association du Bien-Être de la Jeunesse	Montréal	K
Asile de la Providence	Montréal	C-1, C-2
Association canadienne française des aveugles	Montréal	K
Asile St-Vincent de Paul	Montréal	D-1, D-2
Association catholique internationale des oeuvres de protection de jeunes filles	Montréal	K
Assistance municipale	Montréal	K
Baron de Hirsh Institute	Montréal	C-1, C-2, D-2, F-1, D-1, F-2
Bishop Mountain Hall	Québec	D-2
Bien-Être de l'Enfance	Sherbrooke	K
Barrie Memorial Hospital	Ormstown	K
Brome Missisquoi Perkins Hospital	Sweetsburg	K
Bureau d'assistance aux familles	Montréal	D-1, D-2, F-1, F-2
Crèche de la Réparation	Pointe-aux-Trembles	D-2, F-1, F-2, D-1
Bien-Être Social	Québec	K
Children's Service Association Inc.	Montréal	D-2, F-1, F-2, D-1
Crèche St-Paul	Sault-au-Récollet	F-1, F-2
Child Welfare Association	Montréal	K
Crèche St-Vincent de Paul	Québec	F-1, F-2, E
Colonie de vacances des Grèves	Contrecoeur	K
Crèche Ste-Elizabeth	Sherbrooke	F-1, F-2
Catholic Social Service Guild	Montréal	K
Child Welfare Clinic Committee	Sherbrooke	K
Catherine Booth Mother's Hospital	Montréal	A-2, E, F-1
Clinique Roy-Rousseau	Mastai, près (Québec)	A-1, A-2, A-3
Canadian National Institute for the Blind	Montréal	K

Catholic Benevolent Society of Pontiac	Campbell's Bay	A-2, C-1, C-2, D-2, D-1
Crèche d'Youville	Notre-Dame de Liesse	F-1, F-2
Clinique B.C.G.	Montréal	A-2
Comité provincial de défense contre la tuberculose	Québec	K
Colonie Ukrainienne	Montréal	K
Canadian National Committee of Refugees	Montréal	K
Council for Overseas Children	Montréal	K
Clark City Hospital	Clark City, Côte Nord	K
Colonie Ste-Jeanne d'Arc	Montréal	K
Camp Notre-Dame de Toute-Joie	Montréal	K
Dispensaire des SS. de l'Espérance	Québec	K
Dispensaire antituberculeux de Québec	Québec	K
Diocesan Camp Corporation	Montréal	K
Diocesan Council of Social Service (Church of England)	Québec	C-1, C-2, D-1, D-2, B-3, B-4
Ecole du Sacré-Coeur	St-Damien, Cté de Bellechasse	J-2, D-1
Ecole Victor Doré	Montréal	H
Etablissement Notre-Dame	Chambly Bassin	H
Ecole de Service Social	Montréal	K
Equipières Sociales	Montréal	D-2
Father Dowd's Memorial Home	Montréal	C-1, C-2
Finlay Asylum	Québec	C-1, C-2
Female Orphan Asylum	Québec	D-1, D-2
Federation of Jewish Philanthropies	Montréal	K
Family Welfare Association	Montréal	C-1, C-2
Fédération d'Hygiène Infantile	Montréal	K
Foyer (Le)	Rouyn	B-3, B-4, D-1
Fédération of Catholic Charities	Montréal	K
Fédération des Oeuvres de charité canadienne française	Montréal	K
Financial Federation	Montréal	K
Grace Dart Home Hospital	Montréal	J-1
Garderie du St-Enfant Jésus	Montréal	G
Grenfell Labrador Medical Mission	Quebec	K
Hôpital Laval	Ste-Foy, Québec (Québec)	J-1, J-2
Hôtel-Dieu (San. St-François)	Sherbrooke	A-2, J-2
Hospice du Sacré-Coeur	Sherbrooke	C-1, C-2, D-2, J-2, B-4, D-1
Hôpital Général des SS. Grises	Montréal	C-1, C-2, B-4
Hospice Ste-Cunégonde	Montréal	C-1, C-2, D-2, D-1

Hospice St-Antoine	Montréal	C-1, C-2
Hospice La Jemmerais	Varenne	C-1, C-2, D-2
Hospice St-Antoine	Québec	C-1, C-2
Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur	Québec	C-1, C-2, I, J-2, A-2
Hospice St-Henri	Montréal	C-1, C-2, D-2, D-1
Hôpital de la Maternité catholique	Montréal	A-2, E, F-1, F-2
Hospice des SS. de la Charité	Rimouski	B-4, C-1, C-2, D-2, D-1
Hôpital de la Providence	Montréal	A-2, E, F-1, D-1
Hospice Gamelin	Montréal	B-4, C-1, C-2
Hospice de la Providence	Montréal	C-1, C-2, D-2
Hôpital Général	Sorel	A-3, C-1, C-2, D-2, D-1
Hospice des SS. de la Charité	Montmagny	C-1, C-2, D-2, D-1
Hospice des SS. de la charité	Québec	K
Hospice Ste-Croix	Marierville, Cté Rouville	C-1, C-2, D-2, D-1
Hospice Ste-Croix	Thetford-Mines	C-1, C-2, D-2
Hospice St-Bernard (Lac Vert)	St-Damien, Cté Bellechasse	C-1, C-2
Hospice des SS. Anges	Lyster, Cté Mégantic	F-1, F-2, F-3
Hospice St-Vincent-de-Paul	Valleyfield	C-1, C-2, D-2, D-1
Hospice de la Providence	Louiseville	C-1, C-2, D-2, D-1
Hospice Drapeau	Ste-Thérèse de Blainville	C-1, C-2, D-2, D-1
Hôtel-Dieu Notre-Dame des Neiges	Gaspé	A-2, J-2, B-3, B-4
Hospice St-Joseph	Bauhamois	C-1, C-2, D-2, D-1
Hospice Bourget	Montréal	C-1, C-2, D-2, D-1
Hôpital-Sanatorium Cocha	Trois-Rivières	J-2
Hospice Auclair	Montréal	C-1, C-2, D-2, D-1
Hôpital Universitaire	Montréal	K
Hôpital Notre-Dame de la Protection	Ste-Marie de Beauce	C-1, C-2
Hospice Ste-Brigide	Montréal	C-1, C-2
Hospice St-Jérôme	St-Jérôme	B-3, B-4, C-1, C-2, D-2, D-1
Hôpital Chinois	Montréal	K
Hospice Ste-Elizabeth de Farnham	Farnham	C-1, C-2, D-2, D-1
Hôpital Général	Québec	K
Hospital of Hope (Jewish Incurable Hospital)	Montréal	K
Hôpital de Clark City	Clark City	K
Hôpital Notre-Dame du Déteur	Notre-Dame du Lac, Cté Témiscuata	A-2
Hospice St-Mathieu	Montréal	C-1, C-2, B-4
Hôpital St-Luc	Québec	K
Hôpital Notre-Dame de l'Espérance	St-Laurent, Cté L'Assomption	K

Hospice SS. de la Providence	St-Henri de Mascouche	K
Institut des Aveugles de Nazareth	Montréal	K
Institut Bruchési	Montréal	J-2
Institut St-Jean Bosco	Québec	D-4
Institut du Radium	Montréal	A-1
Institut des Sourds-Muets	Montréal	K
Institut d'Hygiène Sociale	Trois-Rivières	K
Institut Microbiologique	Université de Montréal	K
Institut St-Ephrem	Notre-Dame de la Merci, Ste-Rose	
Joyce Memorial Hospital	Shawinigan Falls	K
Ladies Protestant Home	Québec	C-1, C-2, D-2, F-1, F-2, D-1
Ligue antituberculeuse et de puériculture	Arthabaska	K
Le Foyer	Montréal	K
La Goutte de Lait	Québec	K
Laurentian Sanatorium	Ste-Agathe-des-Monts	J-2
Les Buissonnets	Montréal	D-2, B-2
Ligue de la Jeunesse Féminine	Québec	H
Ligue canadienne de santé	Division de la province de Québec	K
L'Oeuvre du Dispensaire	Trois-Rivières	K
La Colonie Ukrainienne	Montréal	K
Mount Sinai Sanatorium	Ste-Agathe des Monts	J-2
Montreal Hebrew Old People and Sheltering Home	Montréal	B-4, C-1, C-2
Montreal Foundling and Baby Hospital	Montréal	F-1, F-2, F-3
Montreal Hebrew Orphan's Home	Montréal	D-1, D-2
Male Orphan Asylum	Québec	D-2
Maison de la Providence	Québec	G
Maison Jean le Prévoist	Montréal	K
Montreal Day Nursery	Montréal	G
Montreal Hebrew Sheltering Home	Montréal	K
Maison St-Jean-Baptiste	Montréal	B-1, B-2
Maison de Farguay	Beauport	C-1, C-2, D-2
Montreal Hebrew Orphan's Home	Montreal	D-2
Maison du Foyer St-Jacques	Montréal	K
Orphelinat Italien St-Joseph	Montréal	D-1, D-2
Orphelinat Notre-Dame de Liesse	Montréal	D-2
Orphelinat St-Joseph	St-Damien, Cté Bellechasse	D-2
Orphelinat Notre-Dame des Champs	Sully, Cté Témiscouata	D-3

Oeuvre de la Protection de la jeune fille	Québec	K
Orphelinat du Sacré-Coeur	La Tuque	D-1, D-2
Orphelinat Catholique	Montréal	D-2
Orphelinat St-Dominique	Trois-Rivières	C-1, C-2, D-2, D-3
Orphelinat St-Dominique (PlACEMENT de l'Orphelin)	Trois-Rivières	P-2, F-1
Orphelinat St-Sauveur	Québec	D-1, C-1, C-2, D-2
Orphelinat Ste-Thérèse de l'Enfant-Jésus	St-Jean	D-1, D-2
Orphelinat Notre-Dame du Bon Conseil	Lauzon	D-3
Orphelinat Ste-Thérèse de l'Enfant-Jésus	Hull	D-1, D-2, F-1, F-2
Orphelinat de l'Immaculée	Chicoutimi	D-1, D-2, E, F-1, F-2
Orphelinat St-François-Régis	Rang St-Louis, Bagotville	D-3
Oeuvre de Notre-Dame du Bon Conseil	Québec	K
Orphelinat St-Jean-Baptiste	Lac Sergent	D-3
Orphelinat Apostolique	La Malbaie	D-2
Orphelinat St-Alexis	Montréal	D-1, D-2
Orphelinat de la Providence	Montréal	D-1, D-2
Oeuvre du Patronage St-Vincent de Paul	Québec	K
Orphelinat du Sacré-Coeur	Rivière du Loup	D-1, D-2, F-2, F-3
Orphelinat du Christ-Roi	Nicolet	A-2, D-1, D-2
Orphelinat Agricole Ste-Germaine	Lac Etchemin, Cté Dorchester	D-3
Orphelinat Agricole St-Georges	Joliette	D-3
Orphelinat de Rouyn	Rouyn	D-2
Orphelinat de Magog	Magog	A-2, C-1, C-2, D-2
Orphelinat du St-Rosaire	Cap-de-la-Madeleine	F-2
Orphelinat de la Ferme	La Ferme, Abitibi	D-2
Oeuvre de la Soupe	Montréal	K
Oeuvre des Colonies de Vacances des Rév. Pères Oblats	St-Sauveur, Québec	K
Orphelinat agricole de St-Ferdinand d'Halifax	Comté de Mégantic	D-2
Patronage Ste-Geneviève	Québec	C-1, D-1, D-2
Providence Ste-Geneviève	Montréal	C-1, C-2, D-2
Petites Soeurs de l'Assomption	Montréal	K
Patronage St-Charles	Trois-Rivières	D-4
Patronage St-Vincent-de-Paul	Montréal	K
Providence du Sacré-Coeur	St-André Avellan	C-1, C-2, D-2
Petites Soeurs des Pauvres (Asile des Veillards)	Montréal	K

Refuge de Verchères	Verchères	K
Refuge Notre-Dame de la Merci	Montréal	C-1, C-2
Royal Edward Institute	Montréal	J-2
Refuge pour Sourds-Muets et Aveugles	Québec	K
Retraite St-Benoît	Montréal	K
Salvation Army	Montréal	K
St. Bridgits Home	Québec	C-1, C-2, D-1, D-2
St. Patrick's Orphanage	Montréal	D-1, D-2, F-1, F-2
Social Service Council	Québec	C-1
Société catholique de Protection et de de renseignements	Montréal	K
Sanatorium du Lac Edouard	Lac Edouard	J-2
Society for Protection of Women and Children	Montréal	K
St. Anthony's Guild	Montréal	K
Société de Bienfaisance française	Québec	K
Shriner's Hospital	Montréal	A-1, A-2
Société de Bienfaisance	Hull	A-1, B-3, C-2, D-2, D-1
Société de Secours aux enfants infirmes	Montréal	K
Société de Bienfaisance de Bonaventure	New-Carlisle	A-2, A-3, B-1, B-2
School for Crippled Children	Montréal	H
Société Belge de Bienfaisance	Québec	K
Sanatorium Saint-Laurent	Hull	J-2
Société d'Adoption et de Protection de l'Enfance	Montréal	P-1
Sanatorium Saint-Georges	Mont-Joli	J-1
Society for Protection of Women and Children	Québec	K
Sanatorium Prévost	Montréal	A-2
Société St-Vincent-de-Paul	Québec	K
Secrétariat des Familles	Québec	K
Témiscamingue Hospital	Témiscamingue	K
Vestiaire des Pauvres	Montréal	K
Women's Canadian Club	Montréal	K

C 328.4

Dr. G. Tessard

48
3

R A P P O R T

de la

COMMISSION PROVINCIALE D'ENQUÊTE SUR LES HÔPITAUX

deuxième partie

LE PREMIER LIVRE DE L'ASSISTANCE

A l'honorable M. R A P P O R T
Ministre de la Santé

A l'honorable M. R A P P O R T,
Ministre de l'Éducation,
Ottawa.

Messieurs les Ministres,

Conformément à la

tracé dans son premier rapport, la
Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux a l'honneur de vous présenter
son deuxième rapport, qui traitera particulièrement des bases légales d'assistance
de et de curés des Médicinal et la Commission sera également l'honneur de vous pré-
senter sur des points, les recommandations qu'elle formule généralement de ses recherches
et de l'analyse des textes législatifs à la lumière de leurs répercussions dans la
domaine des hôpitaux.

COMMISSION PROVINCIALE D'ENQUÊTE SUR LES HÔPITAUX

La loi de l'assistance publique qui est en vigueur depuis 1921. Une autre législation
prévoit aussi l'hospitalisation de certains cas (cas des corps publics) la loi des
soins d'indigents. Dans ce rapport, le problème de l'assistance d'abord que se
présente devant nous est de voir comment les hôpitaux de l'assistance et
celle du public en général.

Le rapport est divisé en deux parties, dans les deux chapitres suivants,
l'État séparé et établie de la loi.



Deuxième partie

R A P P O R T

d e l a

COMMISSION PROVINCIALE D'ENQUETE SUR LES HOPITAUX

Deuxième partie

LE PROBLEME LEGAL DE L'ASSISTANCE

A l'honorable Henri Groulx,
Ministre de la Santé et du Bien-Etre social,
Québec.

A l'honorable Edgar Rochette, C.R.,
Ministre du Travail,
Québec.

Messieurs les Ministres,

Conformément au plan tracé dans son premier rapport, la Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux a bien l'honneur de vous présenter son deuxième rapport, qui traitera particulièrement des bases légales d'assistance et du cercle des bénéficiaires: la Commission aura également l'honneur de vous présenter sur ces points, les recommandations qui découlent normalement de ses recherches et de l'analyse des textes législatifs à la lumière de leurs répercussions dans le domaine des faits.

Il y a dans le Québec, une loi organique d'assistance: c'est la Loi de l'assistance publique qui est en vigueur depuis 1921. Une autre législation prévoit aussi l'hospitalisation de malades aux frais des corps publics: la loi des asiles d'aliénés. Dans ce cas toutefois, le problème de l'assistance n'est que secondaire étant donné que cette loi a pour but immédiat la protection du malade et celle du public en général.

La Commission fait donc, dans les deux chapitres suivants, l'étude séparée et détaillée de chacune de ces deux lois.

ANALYSE DE LA LOI DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

(S.R.Q., 1941, chapitre 187)

Mise à exécution: Cette loi est mise à exécution par le Service de l'assistance publique, établi en vertu de l'article 4 de la loi; ce service est une division du ministère de la Santé et du Bien-Etre social (S.R.Q., 1941, chapitre 182, article 2).

Institutions bénéficiant de la loi: Toute institution qui reçoit, garde, soigne ou hospitalise gratuitement des indigents et qui est reconnue comme telle par le Lieutenant-Gouverneur en Conseil (article 3, paragraphe 4); cette reconnaissance doit être précédée d'une demande au Service de l'assistance publique (article 8) et elle est assujettie à certaines conditions portant sur les mérites de l'oeuvre, son but, sa nature, sa fin et sa manière de disposer des octrois reçus (article 10). Ces institutions dont la liste est publiée chaque année dans la Gazette officielle de Québec (article 6), doivent fournir, sous peine de perte des avantages de la Loi, les renseignements demandés par le Service de l'assistance publique (article 11).

Cercle des assistés: L'indigent, suivant la définition donnée au troisième alinéa de l'article 3 de la Loi, est "toute personne qui ne peut subvenir, ni directement, ni indirectement, à son entretien d'une façon temporaire ou définitive, par elle-même ou par des personnes tenues de lui fournir des aliments ou des soins, ayant son domicile dans la province de Québec".

L'admission de l'indigent dans l'institution d'assistance doit être précédée ou, dans des cas d'urgence et de nécessité absolue, suivie:

a.- D'une demande d'admission faite en présence de deux témoins par l'indigent lui-même, ou un de ses parents, amis ou protecteurs, contenant le nom, les prénoms, la profession, l'âge et le domicile de l'indigent, conformément à une formule établie (article 23, paragraphe 1);

b.- D'un certificat suivant une formule établie, signé par le maire de la municipalité locale où le malade a son domicile, ou, en l'absence du maire, par un conseiller ou toute autre personne dûment autorisée par le Conseil à émettre ce certificat; en cas de refus de ce certificat, il peut y avoir appel dans les soixante jours, à un magistrat du district dans la municipalité où réside l'indigent ou au chef-lieu du district dont fait partie cette municipalité; il y a alors enquête et révision de la décision prise par la municipalité. Cette décision du magistrat lie la municipalité. Il peut y avoir subséquemment une nouvelle enquête et un nouveau jugement (article 24).

c.- D'un certificat du médecin traitant, constatant l'état physique de l'indigent et la nécessité pour lui d'être hospitalisé, s'il s'agit d'une personne indigente, malade, qui doit être hospitalisée dans un hôpital général, un sanatorium ou hôpital pour tuberculeux, ou une institution hospitalisant des incurables.

Cette admission doit être suivie de l'envoi par l'institution au Service de l'assistance publique, de la demande d'admission ou du certificat qui l'accompagne (article 28); l'institution doit aussi tenir un "registre des indigents publics" (article 31) ouvert au représentant du Service (article 32).

Ressources: Le coût de l'assistance est repartie également entre le Gouvernement provincial, l'institution d'assistance et la municipalité où l'indigent a eu de bonne foi, son domicile pendant douze mois consécutifs précédant son admission (article 33).

Le tiers du coût de l'assistance payé par la Province provient du "Fonds de l'assistance publique", créé en vertu de l'article 61 de la Loi et dans lequel sont versés:

a.- La moitié des droits du pauvre imposés en vertu de la Loi des droits sur les divertissements et perçus par chacune des municipalités;

b.- Les droits perçus pour les licences des lieux d'amusements, conformément à la Loi des licences (moins les frais de perception);

c.- Les droits perçus pour les licences des champs de courses et les droits d'entrée aux champs de courses, conformément à la Loi des licences (moins les frais de perception);

d.- L'honoraire d'enregistrement des appareils employés pour les paris ou gageurs sur les champs de courses et les droits imposés sur les dits paris ou gageurs, conformément à la Loi des licences (moins les frais de perception);

e.- Une somme d'un million de dollars provenant des revenus nets de la Commission des liqueurs;

f.- Des avances remboursables à même le fonds consolidé du revenu;

g.- Des sommes votées par budget: \$3,000,000. pour l'exercice de 1942-1943.

Les ressources municipales sont tirées du budget affecté à cette fin et de la moitié des droits du pauvre perçus en vertu des dispositions de la Loi des droits sur les divertissements (article 55); le budget municipal d'assistance publique ne peut être affecté au paiement d'autres dépenses sans une autorisation du Lieutenant-gouverneur en Conseil (article 56) et il est soumis au contrôle du Service provincial de l'assistance publique (article 57).

Les frais de transport de l'indigent sont supportés par la municipalité (article 43).

Dans certains cas d'exception et dans un but d'humanité et de protection publique, la Province peut toutefois payer, en tout ou en partie, l'hospitalisation d'un indigent dont l'état d'indigence n'est pas reconnue par une municipalité (article 37).

Coût d'hospitalisation: En vertu de l'article 20, le Lieutenant-gouverneur en Conseil peut établir le coût de l'hospitalisation; le barème suivant est actuellement en vigueur:

<u>Genre d'institution</u>	<u>Classe</u>	<u>Type d'assisté</u>	<u>Coût par jour</u>
Hôpitaux généraux	A	Malades et accidentés	\$ 4.50
Hôpitaux généraux	A-1	Malades et accidentés	3.00 (40 lits et plus pour 1'A. P.)
Hôpitaux généraux	A-2	Malades et accidentés	2.01 (25 lits et plus pour 1'A. P.)
Hôpitaux généraux	A-3	Malades et accidentés	1.50 (15 lits et plus pour 1'A. P.)
Hôpitaux spéciaux	B-1	Convalescents	1.50 (40 jours)
Hôpitaux spéciaux	B-2	Convalescents	1.05 (jours subséquents)
Hôpitaux spéciaux	B-3	Convalescents (incurables avec traitement médical)	1.50
Hôpitaux spéciaux	B-4	Convalescents (maladies chroniques)	1.05
Hospices	C-1	Invalides et vieillards	0.45
Hospices	C-2	Invalides et vieillards requérant des soins hygiéniques	0.57
Orphelinats	D-1	Filles de 14 à 16 ans	0.45
Orphelinats (ordinaires)	D-2	Orphelins	0.45
Orphelinats (ruraux)	D-3	Orphelins des régions rurales	0.57
Orphelinats spéciaux (assimilables aux écoles d'industrie pour garçons)	D-4	Orphelins	0.75
Maternités	E	Cas normaux	0.51
Crèches	F-1	Bébés jusqu'à un an	0.60
Crèches	F-2	Enfants de un à six ans	0.54
Crèches	F-3	Enfants malades	1.05
Garderies	G	Enfants	0.12
Ecoles pour enfants in- firmes et épileptiques éducables	H	Enfants infirmes et épi- leptiques éducables	0.99
Hôpitaux pour épileptiques	I	Epileptiques	1.05
Sanatoriums et hôpi- taux pour tuberculeux	J-1	Tuberculeux	3.00
Sanatoriums et hôpi- taux pour tuberculeux	J-2	Tuberculeux	2.01
Sanatoriums et hôpi- taux pour tuberculeux	J-3	Tuberculeux	1.50

La Commission a analysé les dispositions de la loi qui ont une

Participation de l'assisté: La seule participation prévue par la Loi (article 34) résulte d'une intervention de la municipalité en vue du recouvrement en tout ou en partie, du coût de l'assistance; il y a alors réclamation par voie d'action ordinaire et exécution sur les biens de l'assisté ou des responsables en loi; la moitié des sommes ainsi recouvrées est remise au Service de l'assistance publique.

Les asiles d'aliénés sont classés en deux catégories: les asiles d'aliénés mentaux et les asiles d'aliénés physiques. Les asiles d'aliénés mentaux sont sous le contrôle et la surveillance du ministre de l'Intérieur et sont administrés par le lieutenant-gouverneur en Conseil (article 5) et dont les fonctions et responsabilités sont énumérées à l'article 5 de la loi.

Ces asiles sont soumis à certaines règles établies par le ministre de l'Intérieur et concernant: le traitement médical, moral et corporel, les règlements, les visites et prescriptions, la discipline, la classification, la ventilation des asiles, le régime et la diète, le vêtement, le travail et l'occupation; le ministre de l'Intérieur peut, pour cause d'incapacité ou d'insubordination, la démission des médecins, infirmiers ou gardiens.

Des asiles d'aliénés: Sont admisibles dans les institutions à titre d'aliénés:

1.- les aliénés qui n'ont pas, par eux-mêmes, ou par des personnes nommées par la loi de leur fournir des aliments et des soins, les moyens de payer, en tout ou en partie, le coût de leur entretien, de leur séjour et de leur traitement dans ces asiles;

2.- les idiots ou imbeciles, lorsqu'ils sont dangereux, sans être devenus, à cause de leur état d'aliénation, ou d'une déficience intellectuelle, incapables de payer leur entretien, leur séjour et leur traitement, en tout ou en partie.

Les formalités essentielles d'admission sont prévues à l'article 10 et régissent la procédure de l'admission d'aliénés des familles suivantes:

1.- Les familles d'aliénés faits par un parent, un ami, ou un autre membre de la famille, contenant les noms, la profession, l'âge et le domicile, tant de l'aliéné que de celui qui l'a fait, et de celle dont le placement est demandé, et l'indication de la nature des relations qui existent entre eux, ainsi que les motifs qui ont motivé le placement.

La demande doit être signée par celui qui l'a faite, et, s'il se agit d'un parent, elle doit être accompagnée de la signature, ou, en son absence, par-devant un juge

ANALYSE DE LA LOI DES ASILES D'ALIENES

(S.R.Q., 1941, chapitre 188)

La Commission n'analysera que ces parties de la Loi qui ont une répercussion immédiate sur les problèmes de l'assistance, les responsabilités des corps publics et la situation financière des institutions, l'hospitalisation de l'aliéné n'étant ordonné dans les mêmes circonstances ni pour les mêmes raisons que celle de l'indigent malade.

Mise à exécution: Cette Loi est mise à exécution par la division des maladies mentales du ministère de la Santé et du Bien-Être social.

Institutions bénéficiant de la loi: La Loi spécifie catégoriquement (article 2) que les asiles d'aliénés recevant des allocations du Gouvernement sont sous son contrôle et sa surveillance; le contrôle s'exerce par l'intermédiaire d'un surintendant médical qui est nommé par le Lieutenant-gouverneur en Conseil (article 5) et dont les fonctions et responsabilités sont déterminées à l'article 5 de la Loi.

Ces asiles sont assujettis à certaines règles établies par le surintendant médical de l'asile et concernant "le traitement médical, moral et corporel, lequel comprend les remèdes et prescriptions, la contrainte, la classification, la ventilation des édifices, le régime et la diète, le vêtement, le travail et l'exercice"; le surintendant médical dont la décision peut être révisée sur appel à l'inspecteur des asiles, peut demander, "pour cause d'incompétence ou d'insubordination, la révocation des surveillants, infirmiers ou gardiens".

Cercle des assistés: Sont admissibles dans les institutions à titre d'indigents:

1.- Les aliénés qui n'ont pas, par eux-mêmes, ou par des personnes tenues par la loi de leur fournir des aliments et des soins, les moyens de payer, en tout ou en partie, le coût de leur entretien, de leur séjour et de leur traitement dans un de ces asiles;

2.- Les idiots ou imbéciles, lorsqu'ils sont dangereux, une cause de scandale, sujets à des attaques d'épilepsie, ou d'une difformité monstrueuse, et sont incapables de payer leur entretien, leur séjour et leur traitement, en tout ou en partie.

Les formalités essentielles d'admission sont précisées à l'article 21 et requièrent la présentation au surintendant médical des formules suivantes:

i.- Une demande d'admission faite par un parent, un ami, ou un protecteur du patient, contenant les noms, la profession, l'âge et le domicile, tant de la personne qui l'a faite que de celle dont le placement est demandé, et l'indication du degré de parenté, ou à défaut de parenté, de la nature des relations qui existent entre elles, rédigée selon une formule prévue.

La demande doit être signée par celui qui l'a faite, et, s'il ne sait pas écrire, elle est reçue par-devant le maire, ou, en son absence, par-devant un juge de paix du domicile du patient;

- 7 -

ii.- Un certificat de médecin, suivant une formule établie, constatant l'état mental du patient, indiquant les particularités de sa maladie, la nécessité de le faire traiter dans un asile d'aliénés et de l'y retenir enfermé.

Dans le cas d'idiotisme ou d'imbécilité, le médecin doit déclarer de plus si le malade est dans la catégorie des idiots ou des imbéciles qui peuvent être admis ou détenus dans un asile, et indiquer spécialement les raisons sur lesquelles il appuie son opinion.

Ce certificat est inadmissible si le médecin signataire est parent, ou allié, au troisième degré inclusivement, du propriétaire de l'asile ou de la personne qui demande l'admission de l'aliéné ou du patient.

Tout document qui doit être signé par un médecin est nul et non avenu, si ce médecin n'en est pas un qui, à la connaissance du surintendant médical ou d'après les renseignements qu'il a pu ou peut obtenir, pratique habituellement sa profession;

iii.- Un certificat suivant la formule prescrite, signé soit par le curé ou son vicaire, ou le ministre du culte;

iv.- Un certificat suivant la formule prescrite, signé par le maire du lieu où le malade a son domicile, ou par un conseiller en son absence;

v.- Un certificat rédigé suivant une formule donnée ou toute autre de même nature, signé par le secrétaire-trésorier ou greffier, selon le cas, ou, en son absence, par le maire de la municipalité d'où vient le malade.

L'internement d'aliénés dangereux peut aussi avoir lieu à la suite d'une ordonnance d'un magistrat, d'un recorder ou d'un juge de paix (article 41); il y a alors certaines formalités particulières à remplir (articles 42 et les suivants) avant ou après l'internement.

L'institution doit fournir, les huit, quinze, vingt-deux et trente de chaque mois, au surintendant médical, un état des admissions, réadmissions, départs et décès des patients; une copie de cet état est transmise au ministère de la Santé et du Bien-Etre social (article 32).

L'élargissement ou la mise en congé temporaire du malade est laissé à la discrétion du surintendant médical (articles 38, 65 et 66).

Domicile de secours: La moitié du coût de l'hospitalisation est payable par la municipalité locale d'où le malade a été envoyé à l'asile ou, si le malade vient d'un territoire qui n'a pas été érigé en municipalité ni annexé à une municipalité locale voisine, par la municipalité de comté qui régit ce territoire; si toutefois, la municipalité intéressée indique de manière certaine le dernier endroit où le malade a eu de bonne foi, un domicile pendant six mois consécutifs, la réclamation provinciale est dirigée vers la municipalité locale ou la municipalité de comté qui régit ce territoire non organisé où le malade avait ce domicile (article 49).

Ressources: Le coût de l'assistance est réparti également entre la Province et les municipalités; le coût d'hospitalisation est déterminé par voie de contrat entre le Gouverne-

ment et la direction des asiles. Les comptes d'hospitalisation sont présentés à la Province qui les solde et demande subséquemment aux municipalités de lui rembourser la partie des charges dont elles sont responsables. La municipalité est entièrement responsable des frais de transport et de déplacement du malade (article 61).

L'hospitalisation d'un détenu transféré à l'asile des détenus aliénés, est payée par la municipalité dans laquelle a été effectuée l'arrestation du patient; dans ce cas, la municipalité ou la municipalité de comté a les recours mentionnés sous la rubrique "Domicile de secours" (article 88).

Ressources provinciales: Le coût de l'assistance est payé à même le Fonds consolidé du revenu; la Province peut exiger des responsables en droit ou de l'administrateur de l'interné, le remboursement du coût de l'hospitalisation; cette créance est privilégiée (article 59) et a conséquemment préséance sur celle de la municipalité.

Deux cas peuvent se présenter:

a. - Si le curateur de l'interné est le surintendant médical de l'asile (article 71), la province remet à la municipalité la moitié des sommes recouvrées, qu'elles atteignent ou non le coût de l'hospitalisation;

b. - En cas de nomination d'un administrateur provisoire des biens d'un interné (article 70), la province prend les moyens nécessaires pour obtenir le remboursement du coût de l'hospitalisation, laissant ensuite à la municipalité le libre exercice de ses droits.

Ressources municipales: La municipalité doit payer cette assistance à même son budget ordinaire (article 57); le paiement des comptes qui lui sont présentés par la Province pour la partie qui lui est imputable doit se faire avant le premier de chaque année (article 53); en cas de refus ou de retard, les montants sont recouvrables par la Province par voie d'action ordinaire (article 55) intentée par le Procureur-Général (article 56).

La municipalité peut recouvrer des responsables en droit ou de l'administrateur provisoire de l'interné, les sommes qu'elle a dû rembourser pour son hospitalisation et ses frais de transport; cette réclamation se fait par voie d'action et d'exécution ordinaire (article 63); la créance provinciale a préséance sur cette réclamation municipale.

Ressources de l'institution: Les ressources légales de l'institution consistent dans les sommes qui lui sont versées en paiement du coût de l'hospitalisation des internés, conformément aux termes du contrat négocié avec l'administration provinciale; elle a comme revenu supplémentaire, l'hospitalisation des patients non-indigents et les dons du public.

Le Gouvernement nomme et rémunère le surintendant médical (article 3); il accorde en outre pour le service médical certains octrois qui seront analysés dans la quatrième partie du rapport.

Le travail exécuté par les malades constitue également une part des ressources de l'institution; ce travail est non seulement toléré mais dans certains cas, exigé pour fins thérapeutiques.

Emprunts de l'institution: En vertu de lois spéciales le Gouvernement provincial a dans certains cas, garanti des emprunts contractés pour la construction ou l'agrandissement d'asiles d'aliénés.

Fixation du coût d'hospitalisation: Les contrats fixant le coût d'hospitalisation ne sont pas établis d'après un barème provincial; les tarifs varient selon les circonstances, les obligations de l'institution, le nombre de patients qui y sont internés et la nature générale des soins dont ils doivent être l'objet.

Participation de l'assisté ou de l'administrateur de ses biens: L'évaluation de la participation de l'interné ou de ceux qui en sont responsables légalement est faite par l'organisme provincial; aucuns standards ne sont établis à cette fin et les circonstances particulières du cas entrent en ligne de compte dans cette évaluation. La Division des maladies mentales a un service d'inspection et recommande après enquête les interventions nécessaires en vue du recouvrement des sommes dont peuvent disposer l'administrateur des biens de l'interné ou ceux qui en sont responsables.

Ces inspecteurs sont au nombre de cinq dans la région de Montréal et de un dans la région de Québec; ils font continuellement des enquêtes sur les disponibilités financières de l'administrateur des biens des internés ou de leurs responsables en droit.



LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DE NOS LEGISLATIONS D'ASSISTANCE

La Loi de l'assistance publique qui est en vigueur depuis 1921, est la seule du genre au Canada en ce qu'elle laisse encore à la charité privée toute latitude de s'exercer; elle prévoit l'aide de l'Etat tout en évitant tout contrôle de l'administration, soit provinciale, soit municipale. Monsieur Esdras Minville, dans une monographie publiée sous le titre "La législation ouvrière et le Régime social dans la province de Québec", a analysé les circonstances qui ont amené le Gouvernement du Québec à adopter la Loi de l'assistance publique et les principes qui l'ont guidé dans sa rédaction:

"Avec la montée de l'industrie, et l'essor des villes, les besoins se faisaient plus nombreux, plus pressants, plus divers. Ce régime simple* ne suffisait plus. Les institutions, débordées, ne parvenaient pas, même en multipliant les appels à la charité privée, à répondre aux besoins, à développer leurs établissements, à perfectionner leur outillage au fur et à mesure des progrès de la science, de l'hygiène, et du service social. L'Etat dut se décider à aider financièrement — mais de telle manière que son intervention ne bouleversât pas le régime établi et à l'édification duquel il n'avait pas contribué.

"L'adoption de la loi n'alla pas sans de nombreuses discussions, même de vertes critiques de la part des chefs catholiques et sociaux, qui craignaient que cette loi n'ouvrit la porte à l'ingérence de l'Etat, ne marquât même les débuts de l'étatisation de la charité dans la province. Ces craintes, très répandues à ce moment-là, dans le monde des oeuvres, étaient dans la ligne même de la conception que la population canadienne-française et catholique s'était toujours faite de la charité et de l'assistance — affaire privée. Après entente avec l'épiscopat, le Gouvernement inscrivit sa loi dans les statuts. Et c'est à l'invitation expresse des évêques que les congrégations religieuses se décidèrent à s'en assurer le bénéfice."

Conformément aux principes mêmes de la Loi, l'Etat ne s'est donc pas ingéré dans la direction des institutions d'hospitalisation; d'ailleurs, les témoignages recueillis par la Commission sur ce point ont bien mis ce fait en lumière. Toutefois, il faut bien avouer qu'à la suite de la mise à exécution de la Loi, les institutions ont compté plus en plus sur l'aide de l'Etat et sur sa collaboration, à l'allègement de leur fardeau. La charité privée pour diverses raisons mentionnées dans un autre chapitre de ce rapport, semble se désintéresser graduellement de l'oeuvre de l'hôpital et cette participation de l'Etat dans sa forme actuelle, objet de craintes en 1921, devient de plus en plus nécessaire.

Les principes d'assistance de la Loi des asiles d'aliénés ne diffèrent pas de ceux de la Loi de l'assistance publique; nous y retrouvons l'absence d'institutions directement sous le contrôle financier de l'Etat ainsi qu'un système gouvernemental d'indemnités à des asiles dont les communautés religieuses ou des corporations laïques sont les propriétaires.

Il est vrai que dans ce cas, l'hospitalisation du malade devient une nécessité absolue pour la sécurité publique et que l'incidence de l'indigence devient une préoccupation secondaire; l'internement d'abord, puis l'établissement des responsabilités financières. De plus, le mécanisme de l'évaluation de l'indigence diffère de celui qui fonctionne en vertu de la Loi de l'assistance publique.

* Le régime de la charité privée.

Notre système d'assistance qui sera plus longuement analysé dans des chapitres suivants, n'accorde pas au Gouvernement provincial le contrôle des institutions auxquelles il verse une indemnité pour les soins fournis aux assistés; c'est pour ainsi dire le prolongement du régime de la charité privée supplémente par l'Etat: et c'est le devoir de votre Commission de déterminer si ce système n'a pas failli à sa tâche et s'il n'est pas opportun de recommander au Gouvernement d'assumer plus complètement — avec la collaboration entière et indispensable des professions médicales, des communautés religieuses et des corps laïques — la responsabilité de garantir à notre population l'accès aux soins médicaux indispensables à sa sauvegarde.

Il semble à propos de jeter un coup d'oeil ailleurs et d'exposer les grandes lignes des législations d'assistance en vigueur dans les autres provinces de la Confédération canadienne; ce résumé fait au chapitre suivant, indique les versements statutaires par ces provinces et leurs municipalités, et servira de comparaison pour plusieurs parties de ce rapport qui porteront sur les indemnités, la répartition des charges, etc.

Alberta

La province paie \$0.45 par jour pour une période de 120 jours pour le cas de tous les malades payés en cas qui reçoivent un traitement spécial. Les autres malades et les malades chroniques reçoivent un traitement spécial sans limite de durée. Les malades chroniques ou incurables, dans les cas de nécessité, reçoivent un traitement spécial pour le jour ou une période plus longue sur l'avis de médecins. L'accès est gratuit pour les villes ainsi bien que pour les autres.

Les municipalités ne sont tenues d'hospitaliser que les malades dépourvus de ressources pour le traitement des malades autres que les cas particuliers établis par l'hospitalisation dans la ville publique, mais l'obligation de ce chef ne doit pas dépasser \$0.45 par malade au cours d'une seule année. Les autorités locales et les hôpitaux peuvent être autorisés à passer des contrats.

Ontario

La province verse \$0.45 par jour pour les malades payés en cas, y compris les malades en cas de maladie chronique à l'hôpital et celui de la maladie de la mère. Depuis le 1er novembre 1922, on a accordé une allocation spéciale pour les services de secours de \$1.00 par jour d'hospitalisation dans le cas des malades de la classe A, et de \$0.50 par jour d'hospitalisation dans le cas de la classe B. Plus de \$1.00 des allocations peuvent être payés dans le cas A.

VERSEMENTS STATUTAIRES AUX HOPITAUX GENERAUX
PAR LES AUTRES PROVINCES ET LEURS MUNICIPALITES*

Colombie Britannique

La Pprovince verse des subventions aux hôpitaux publics pour tous les malades payants ou non, à l'exception des Indiens, suivant la capacité de l'hôpital basée sur le nombre de jours d'hospitalisation par année, aux taux suivants:

- 365 - 500 jours d'hospitalisation - \$625.00 (somme globale payée annuellement);
- 501 - 1,000 jours d'hospitalisation - \$1.25 par jour d'hospitalisation;
- 1,001 - . . . jours d'hospitalisation - \$0.95 par jour d'hospitalisation plus de 1,000;
- 2,501 - 5,000 jours d'hospitalisation - \$0.80 par jour d'hospitalisation plus de 2,500;
- 5,001 - 10,000 jours d'hospitalisation - \$0.75 par jour d'hospitalisation plus de 5,000;
- 10,001 - et plus jours d'hospitalisation - \$0.70 par jour d'hospitalisation plus de 10,000.

Les bébés sont considérés comme des patients. Par suite d'un règlement en vigueur depuis le 1er janvier 1938, aucun paiement statutaire n'est permis pour tout patient ayant passé plus de 300 jours consécutifs à l'hôpital.

Alberta

La province paie \$0.45 par jour pour une période de 120 jours dans le cas de tous les malades payants ou non qui reçoivent un traitement actif. L'octroi est maintenu si le malade continue à recevoir un traitement actif mais est discontinué si la maladie devient chronique ou incurable. Dans les cas de maternité, on verse une allocation pour 14 jours ou une période plus longue sur l'avis du médecin. L'octroi est payé pour les bébés aussi bien que pour les mères.

Les municipalités ne sont tenues d'acquitter que les frais exigés par l'hôpital pour le traitement des indigents suivant le tarif quotidien établi pour l'hospitalisation dans la salle publique, mais l'obligation de ce chef ne doit pas dépasser \$200.00 par malade au cours d'une seule année. Les autorités locales et les hôpitaux approuvés sont autorisés à passer des contrats.

Saskatchewan

La province verse \$0.50 par jour pour tout malade, payant ou non, y compris les bébés mais non les enfants hébergés à l'hôpital en raison de la maladie de la mère. Depuis le 1er novembre 1933, on a consenti une allocation spéciale pour les "services de secours" de l'ordre de \$0.40 par jour d'hospitalisation dans le cas des malades de la zone A, et de l'ordre de \$0.20 par jour d'hospitalisation dans le cas de la zone B. Plus de 80% des citoyens secourus demeurent dans la zone A.

Les municipalités sont tenues de verser \$2.50 par jour pour le traitement des indigents. Elles sont autorisées à conclure des accords avec les hôpitaux ou à construire et diriger des hôpitaux financés et régis en commun.

Manitoba

La province paie \$0.40 par jour pour les malades dans la salle publique;

La province paie \$0.20 par jour pour les bébés nés à l'hôpital;

La province paie \$0.50 par jour pour les cas de maladie contagieuses;

Sans le consentement écrit du ministre, l'allocation ne peut être versée pour une période de plus de trois mois consécutifs. Les municipalités sont responsables des frais d'hospitalisation. Un hôpital doit compter quinze lits pour avoir droit à une subvention du gouvernement.

La subvention des municipalités est basée sur le coût moyen de l'hospitalisation dans une salle publique l'année précédente, au taux maximum de \$1.50 par jour (le maximum pour les varioleux est de \$7.00 par jour). Une somme de \$0.75 par mois doit être versée pour les enfants nés à l'hôpital. Si un malade est déclaré incurable, la municipalité est tenue après avis de payer \$2.00 par jour.

Ontario

La province paie \$0.60 par jour pour tous les malades (sauf les Indiens, les personnes non domiciliées dans l'Ontario, les personnes auxquelles le département de l'Hygiène pourvoit et certains cas relevant des services d'indemnisation des accidentés du travail et de la responsabilité patronale) pour lesquels l'hôpital ne reçoit pas plus de \$1.75 par jour. Après 180 jours, le taux est réduit à \$0.10 par jour. Une somme de \$0.30 par jour jusqu'à concurrence d'une période de 14 jours est payée pour les bébés nés à l'hôpital de parents indigents. Il est stipulé que les subventions provinciales ne doivent pas dépasser le total des montants reçus des municipalités durant l'année.

Les municipalités doivent payer \$1.75 par jour pour les indigents dans les hôpitaux généraux, \$0.60 pour les bébés nés de parents indigents, et \$1.50 pour les indigents soignés dans les hôpitaux pour les incurables. Si l'obligation de ce chef pèse trop lourdement sur une municipalité (autre qu'une municipalité urbaine), la province peut venir en aide au moyen d'une subvention spéciale. Les municipalités peuvent conclure des accords avec des hôpitaux privés pour le soin des malades indigents.

Nouveau-Brunswick

La province verse des subventions aux hôpitaux en une somme globale. En 1932, les subventions du gouvernement furent réduites de 25%.

Les municipalités sont responsables de tous les frais au-dessus du montant que le malade est en mesure de payer; ces frais sont basés sur le coût moyen quotidien de l'année courante ou précédente. Plusieurs hôpitaux sont bénéficiaires de subventions municipales versées en une somme globale, mais rien dans la loi ne rend ces subventions obligatoires.

Nouvelle-Ecosse

La province paie \$0.30 par jour pour tous les malades hospitalisés dans un hôpital quelconque jusqu'à concurrence d'une somme de \$1,500.00; puis, \$0.20 par jour d'hospitalisation.

Des subventions sont versées

1.- aux hôpitaux établis ou administrés par une cité, municipalité ou conseil de ville;

2.- aux hôpitaux établis ou administrés par des particuliers ou des sociétés de bienfaisance, pourvu que ces hôpitaux se soient conformés à certaines conditions (y compris la réception d'une subvention de pas moins de \$500.00 pour l'entretien de l'indigent par la municipalité dans laquelle il réside).

Les municipalités sont tenues de verser une somme de pas plus de \$2.00 pour les malades incapables d'acquitter les frais d'hospitalisation. Il est permis à un hôpital et à une municipalité de conclure une entente. Certaines municipalités de la Nouvelle-Ecosse ont demandé au gouvernement de revenir à l'ancien système d'après lequel la municipalité n'était responsable que des frais effectués par les malades envoyés à l'hôpital par les directeurs du bureau de bienfaisance. Les hôpitaux s'opposent à cette proposition et aucun changement n'a encore été apporté au régime existant.

Ile du Prince-Edouard

La province verse des sommes globales annuellement aux trois hôpitaux généraux et au sanatorium provincial. La loi n'impose pas d'obligations aux municipalités.

CRITIQUE DE NOS LOIS D'ASSISTANCE

Votre Commission après avoir procédé à l'exposé des législations, ~~on~~ analysera les répercussions dans divers domaines, en fera la critique et présentera finalement ses recommandations.

Loi de l'assistance publique

Institutions bénéficiaires de la loi: La procédure suivie et les garanties exigées semblent justifiées et suffisantes dans le cadre de la loi actuelle.

Cercles des assistés: Cette partie essentielle de la loi mérite d'être subdivisée sous diverses rubriques étant donné son importance et la variété des considérations soumises à la Commission:

a.- Preuve de l'indigence: La loi prévoit dans ce domaine l'enquête toujours humiliante et souvent inefficace sur les moyens financiers de l'assisté, système que partout l'on tend de plus en plus à éliminer; chez-nous, les institutions se plaignent de l'absence de mécanisme permettant un contrôle plus rapide de l'état d'indigence, surtout dans les cas d'urgence nécessairement nombreux dans les villes. Le Service de Bien-Etre social de Montréal dont le Directeur, Monsieur Roméo Beaudet, a comparu devant la Commission, a 30 inspecteurs affectés exclusivement aux enquêtes qui précèdent ou suivent l'admission de l'indigent à l'hôpital; d'après son témoignage* les retards peuvent difficilement être éliminés et la cité doit, comme c'est son devoir, faire preuve de plus en plus de sévérité, en raison de la disparition presque totale du chômage; en effet, l'augmentation du gain de la classe ouvrière — la plus exposée au besoin de secours — impose des enquêtes plus longues et plus minutieuses si l'Etat ne doit pas assumer une responsabilité qui ne lui incombe pas légalement.

L'excès de sévérité et par conséquent, la longueur de l'enquête peut, par contre, provoquer de sérieux inconvénients aux patients, aux institutions et au gouvernement même qui pourrait obtenir l'hospitalisation de l'assisté dans une institution dont les tarifs sont légalement moins élevés.

Par ailleurs, le mécanisme d'enquête manque nécessairement de précision; l'enquêteur doit questionner les parents et amis de l'assisté et ceux-ci croyant faire œuvre d'humanité, font parfois montre de peu d'esprit civique en recommandant l'assistance et en attestant de l'état de pauvreté d'un requérant qui n'est réellement pas nécessaire. Les peines sévères prévues pour fausse déclaration ne peuvent suffire à prévenir les abus.

b.- Etat physique du patient: Sur ce point, la Commission a reçu des témoignages quelque peu contradictoires; ici encore il faudra subdiviser cette question et ce en raison de son importance.

Etat à l'admission: Les représentants des institutions ont déclaré à plusieurs reprises qu'en raison de l'accroissement du nombre des patients (privés ou publics), les hôpitaux n'admettent que les malades dont l'hospitalisation est indispensable; on est

* Audience du 15 octobre 1941.

même contraint de licencier des malades dès le début de la convalescence.

Accroissement du nombre d'hospitalisés: La Commission, au cours de l'audition de témoins, a constaté que la proportion des malades dirigés vers l'hôpital augmente de plus en plus; on traite de moins en moins le malade à domicile, soit en raison de difficultés inévitables, alors que l'hôpital offre un service de premier ordre, soit à cause d'un manque d'intérêt de la part des membres de la famille, soit en raison du désir du médecin traitant de voir son patient sous la garde de personnes compétentes et expérimentées, soit enfin l'augmentation des populations urbaines. Les faits révèlent une tendance inconnue, il y a vingt ans à recourir de plus en plus à l'hospitalisation; d'où congestion des institutions.

Dans les cas d'indigence, cette tendance à l'hospitalisation peut être provoquée et à juste titre, par l'impossibilité du soin efficace du malade dans un domicile pauvre, souvent mal aéré et éclairé et dont les conditions d'hygiène laissent à désirer; le médecin traitant croit devoir placer son patient dans un cadre mieux approprié et dans une atmosphère susceptible d'assurer une guérison plus rapide. Par ailleurs, le médecin-en-chef de la Commission des accidents du travail, qui a comparu devant la Commission, a déclaré "qu'en regard de son expérience du soin des accidentés, le nombre des assistés pourrait subir une réduction appréciable, s'il y avait un contrôle plus serré de l'état du patient et une évaluation plus juste de la nécessité de son hospitalisation. Les membres du Bureau médical de la Commission des accidents du travail ont été unanimes à déclarer que "le paiement d'un honoraire au médecin traitant un indigent à domicile aurait comme corollaire un abaissement du nombre des assistés admis dans les institutions".

Durée de l'hospitalisation: Ce facteur influe directement sur le budget d'assistance. Sous ce rapport, les institutions, d'après le témoignage de leurs représentants, se trouvent dans des circonstances analogues à celles qui entourent l'admission de l'assisté: congestion des locaux, d'où licenciement du patient dès que son état le permet.

L'Etat, qui est un des principaux intéressés en la matière par son désir de venir en aide aux classes déshéritées tout en dépensant à bon escient les deniers publics, doit-il contrôler cette durée de stage à l'hôpital? Ici, deux opinions diamétralement opposées ont été exprimées devant la Commission:

"Le médecin traitant a la responsabilité exclusive de son patient et doit décider, après avoir consulté les autorités de l'hôpital, de la date "du licenciement" (Déclaration des représentants des institutions).

"Notre médecin-enquêteur a souvent refusé la recommandation d'un "médecin traitant un accidenté et, après consultation de la fiche du patient et son "examen en présence du médecin traitant, a décidé, contrairement à la décision de "celui-ci, du licenciement immédiat du patient" (Membres du Bureau médical de la Commission des accidents du Travail).

Le système actuel exige que les institutions rapportent au service de l'assistance publique le cas des assistés dont la durée d'hospitalisation dépasse trente, soixante et quatre-vingt-dix jours; il y a alors étude du dossier médical. Il n'y a toutefois pas de service d'inspection composé de médecins et conséquemment pas de contrôle sur les lieux de l'état sur la durée de l'hospitalisation.

Ressources: Nous avons depuis 1921, le système de répartition égale du coût de l'hospitalisation entre la province, les municipalités et les institutions; la Commission, au cours de ses auditions, a questionné les représentants des corps intéressés sur ce système de répartition; elle fait les observations suivantes en regard de chaque source des revenus.

Ressources provinciales: Le "Fonds de l'assistance publique" provient de taxes imposées en majeure partie sur des divertissements et des objets de luxe: en matière d'assistance, c'est la méthode la plus simple et par laquelle l'Etat exige une participation des classes privilégiées au soulagement de la misère. Il est toutefois à noter que le budget de l'assistance publique a toujours une tendance vers la hausse et qu'au budget de la province il y avait, pour l'exercice 1942-1943, une somme de \$3,000,000. ajoutée au Fonds de l'Assistance publique.

La Province obtient également la moitié des sommes remboursées par les assistés à la suite d'une intervention municipale: la responsabilité de ce mouvement incombe aux municipalités; par conséquent, la province, responsable d'un tiers du coût de l'assistance, n'a aucun moyen direct de contrôle et d'intervention auprès de l'assisté ou de ses responsables en droit. Il est vrai que la municipalité a un intérêt immédiat en la matière et que les remboursements obtenus diminuent ses propres charges; cependant, les témoins qui ont comparu devant la Commission ont tous constaté les difficultés de perception de ces remboursements d'après les dispositions actuelles de la loi.

Ressources municipales: Sur ce point, la Commission recueille des témoignages plutôt pessimistes; la cité de Montréal, dont la situation financière est actuellement difficile, désire autant que possible réduire ses dépenses et se plaint que l'assistance est devenue imputable à des taxes imposées principalement pour des fins toutes autres; ainsi, on en est rendu à affecter au budget de l'assistance un montant égal à 50% des taxes foncières, les droits du pauvre (dont la municipalité reçoit la moitié) étant devenus absolument insuffisants.*

Un fait est certain: il semble impossible d'augmenter dans le cadre du système actuel le fardeau municipal d'assistance.

Ressources des institutions: Les institutions d'hospitalisation ont formulé leur opinion sur cette question par l'intermédiaire de leurs associations, les Conférences de Montréal et de Québec de l'Association catholique des Hôpitaux des Etats-Unis et du Canada et le Conseil des Hôpitaux de Montréal; elle est nettement défavorable à la distribution tripartite du coût de l'hospitalisation de l'indigent. Cette opinion longuement discutée devant la Commission par les représentants accrédités des associations révèle que, pour les hôpitaux, il y a réduction graduelle des revenus en face d'un accroissement constant des dépenses.

* (Monsieur Baudet, témoignage du 9 février 1942)

Patients refusés par l'Assistance: L'institution doit entièrement assumer le coût des soins aux patients hospitalisés et qui ne sont pas admis à l'assistance; ces cas sont assez nombreux. L'avis de refus est souvent servi alors que le patient admis d'urgence a déjà quitté l'hôpital; la direction éprouve alors de grandes difficultés à percevoir son dû, soit pour cause de gêne financière, soit par mauvaise volonté du patient.

Indemnisation des institutions: On ne semble pas s'opposer au principe même de la classification des institutions et à la distribution actuelle dans les classes établie; cependant, la Commission a reçu des représentants des hôpitaux de nombreuses protestations au sujet du barème établi en 1936 pour l'indemnisation des institutions: c'est une des causes qui influent le plus directement sur la situation financière des hôpitaux d'assistance publique et partant, sur la rémunération de leur personnel.

Participation de l'assisté: C'est un problème important et délicat dont la Commission a envisagé l'étude dès sa première réunion. La participation de l'assisté doit être en proportion inverse de son degré d'indigence, entière ou relative, permanente ou temporaire, stable ou progressive.

Le système actuel prévoit l'acceptation par la municipalité et ensuite par la province, de l'assisté à titre d'indigent; des barèmes sont établis par la municipalité et toute personne qui y satisfait reçoit l'aide de l'Etat; il n'y a donc maintenant que des indigents et des non-indigents: c'est ce caractère absolu qu'il faut éliminer ou pour le moins, atténuer.

Dans d'autres provinces, l'indigent relatif ou ses responsables en loi doivent, dès l'admission, signer un engagement de paiement d'une partie des frais d'hospitalisation; l'existence d'hôpitaux municipaux y simplifie considérablement le problème et permet le recouvrement des sommes ainsi promises au même titre que les taxes ou par voie d'action civile; chez-nous, l'existence d'hôpitaux qui sont des entreprises privées, multiplie les difficultés de règlement.

CRITIQUE DE LA LOI DES ASILES D'ALIENES

Mise à exécution: La Commission a constaté que la Loi des aliénés pouvait être mise à exécution par le même organisme qui voit à l'application de la Loi de l'assistance publique. En ce qui concerne la participation de l'Etat au coût de l'hospitalisation des aliénés indigents, le fonctionnement d'un service séparé provoque nécessairement une duplication d'administration et de contrôle, d'où dépenses supplémentaires d'administration ou réduction d'efficacité de l'organisme de gestion. Les mêmes caractéristiques se présentent pour l'hospitalisation d'un indigent malade que pour celles de l'aliéné indigent: contrôle identique de son état financier ou de celui de ses responsables en droit, contrôle de sa participation au coût d'hospitalisation, etc.

Institutions bénéficiant de la Loi: Le caractère d'une institution qui doit bénéficier de la loi n'est pas particulièrement spécifié.

La Commission a en effet constaté qu'il n'existe pas de classification des asiles en regard du genre de patients qui y sont internés et qui pourraient se grouper comme suit:

a.- Les aliénés curables qui reçoivent des traitements et dont la condition s'améliore au fur et à mesure de la durée de leur stage; le traitement des aliénés de ce groupe est nécessairement plus coûteux et requiert un personnel mieux qualifié et un aménagement plus dispendieux;

b.- Les malades incurables qui ne sont à proprement parler que des cas d'hospice, dont la surveillance requiert, toutefois, les précautions nécessaires étant donné leur état d'irresponsabilité; ces malades ne reçoivent pas de traitements spécifiques et l'institution limite son intervention à leur logement, leur habillement, leur nourriture et leur soin médical lorsque leur état physique le requiert;

c.- Les arriérés mentaux qui doivent être l'objet d'une attention particulière de l'institution qui les abrite; ils pourraient être classés dans une catégorie spéciale.

Cercles des assistés: On retrouve dans la loi, l'enquête sur l'état financier du patient ou de ses responsables en loi: les observations faites sur ce point en marge de la loi de l'Assistance publique sont donc encore de mise. Ce sont les conseils municipaux qui ont aussi la responsabilité de l'enquête. Il n'y a pas de barème rigide pour l'admission à l'assistance: il y a étude des cas individuels en vue de la perception des sommes recouvrables.

Ressources: Le coût de l'hospitalisation des aliénés retombe entièrement sur les collectivités; l'institution ne participe pas au coût de l'hospitalisation, à moins que l'indemnité versée par l'Etat ne soit inférieure au coût réel de l'internement du malade; dans ce cas, l'institution est dans l'obligation de contribuer à l'hospitalisation à même ses propres revenus.

Ressources provinciales: Le budget de la Loi des aliénés n'est pas considéré comme un budget d'assistance publique, bien qu'il serve en majeure partie à l'internement de patients indigents; cet état de choses provient du principe même de la loi qui n'a pas de but d'assistance proprement dite, mais la protection des malades et du public en général.

Ressources municipales: La municipalité doit contribuer à la moitié du coût de l'hospitalisation des aliénés indigents; le système actuel de recouvrement de sommes exigibles de l'assisté ou de ses responsables en droit fonctionne assez bien.* Il n'y a aucune taxe municipale particulière pour défrayer le coût des internements; cette charge apparaît au budget général.

Domicile de secours: Le texte législatif actuel, bien qu'il ne manque pas de précision, est pour le moins difficile d'application. Ces difficultés sont plus prononcées dans les centres urbains où des malades peuvent satisfaire aux conditions du domicile de secours en demeurant chez des parents pendant la période de temps prévue par la Loi.

Ressources des institutions: Les ressources des institutions proviennent des sommes versées par les collectivités provinciales et municipales; elles peuvent également provenir du domaine de l'institution, ou de dons et de legs qui lui sont versés.

Il va de soi que les institutions d'aliénés ne peuvent être l'objet des mêmes charités publiques que des hôpitaux; le public se désintéresse normalement des asiles d'aliénés. Il y a donc nécessité que la convention intervenue entre l'Etat et l'institution tienne bien compte du coût réel de l'hospitalisation du malade.

Une autre source de revenu de l'institution provient du travail qui y est exécuté par les malades. Par exemple, la Commission qui tentait d'établir la valeur économique du travail thérapeutique des malades, a découvert que dans une grande institution de la province, près de 1,000 patients étaient en mesure d'exécuter certains travaux d'une valeur économique quelconque; de ces mille patients, deux cent étaient en mesure de travailler régulièrement.

Participation de l'assisté: Celui-ci participe directement au coût de son internement à même ses biens qui sont administrés par le surintendant médical de l'institution; la moitié des sommes ainsi recouvrées est versée à la municipalité où l'interné avait son domicile d'hospitalisation, ces sommes sont recouvrées par les autorités municipales elles-mêmes et la moitié en est remise au Gouvernement de la Province. Les témoins entendus ont déclaré que l'on pourrait difficilement recouvrer davantage des assistés ou de leurs responsables en loi, dans les cadres du système actuel.

* Témoignage du Dr Vézina, directeur de la division des maladies mentales.

LE PROBLEME DE L'ASSISTANCE ET LES CONTRIBUABLES

Les contribuables de la Province ont un intérêt primordial dans le bon fonctionnement d'un système permettant l'hospitalisation et le soin des indigents; ils sont en effet appelés à participer financièrement au système à titre de contribuables provinciaux et à titre de contribuables municipaux; de plus le contribuable qui doit faire un stage à l'hôpital et qui a des disponibilités financières, lui permettant de se procurer des services particuliers (chambre privée, etc.), aide personnellement par ses suppléments l'institution à boucler son budget lourdement chargé par le soin des assistés ou des malades de salles publiques.

Par ailleurs, si l'assisté a gratuitement à sa disposition tous les services techniques de l'institution, le contribuable non-indigent doit rémunérer l'hôpital pour chacun de ces services, au cas où il en a besoin. C'est dire que dans certains cas, des malades en chambre privée ou ceux à moyens limités en salle publique peuvent hésiter, pour des raisons d'ordre financier, à utiliser des services qui sont fournis gratuitement aux assistés.

Il est évident que le contribuable doit aussi supporter le fardeau de l'indigence qui peut, en certains cas, être temporaire et due à l'imprévoyance ou au manque d'esprit d'économie de certains membres de la société. Dans le système actuel, il doit remplir ses propres obligations si l'épreuve de la maladie le frappe personnellement ou dans sa famille: il doit aussi participer à l'assistance et c'est le devoir de l'Etat de prendre les mesures nécessaires pour que cette contribution demeure aussi peu élevée que possible.

La Commission doit revenir sur les caractéristiques défavorables du système d'enquête sur les moyens financiers imposé au contribuable qui, par un revers de fortune, se voit dans l'obligation de solliciter l'aide de l'Etat.

Les contribuables de la Province ont droit d'avoir un système par lequel les deshérités recevront les soins médicaux et hospitaliers qu'exige leur état, mais qui sera, en même temps, équitable et économique. Ce système doit assurer le maximum possible de participation de l'hospitalisé au coût de l'hospitalisation et une répartition juste sur tous les contribuables, du coût de la protection et de l'amélioration de la santé nationale. Un fait demeure: la population doit affecter en soins médicaux et hospitaliers, une part de son revenu: l'Etat, de son côté, a la responsabilité d'assurer la distribution la plus efficace et la plus fructueuse de ces sommes.

LE PROBLEME DE L'ASSISTANCE ET LES INSTITUTIONS

Notre système actuel fait participer à l'assistance les institutions d'hospitalisation: cette participation est-elle justifiée et doit-elle continuer? Sous le régime de la charité privée, il est évident que cette participation est justifiée car les institutions sont normalement destinées à recevoir les dons du public. Toutefois, votre Commission, au cours de l'audition des témoins a constaté que le public s'intéresse de moins en moins à l'oeuvre de l'hôpital et cesse, à moins de campagnes de souscriptions, de lui verser des sommes d'argent.

En 1921, lors de l'adoption de la Loi de l'assistance publique, les institutions pouvaient compter sur la charité du public et les dons encore assez nombreux de philanthropes; la dernière décade a vu l'organisation, pour des fins d'oeuvre sociale, de campagnes de charités de plus en plus efficaces et dont l'objectif augmente d'année en année: ainsi que l'indique le mémoire très au point présenté à la Commission, le 21 octobre 1941, par la Conférence de Montréal de l'Association Catholique des Hôpitaux des États-Unis et du Canada:

"Les dons, les aumônes et les legs provenant de la charité privée ont diminué notablement. Autrefois, cela constituait une aide appréciable aux hôpitaux. Il semble que la charité privée aujourd'hui a pris une forme moins individuelle et moins spontanée. On pourrait croire que les libéralités d'autrefois portaient plus volontiers du coeur et que celles d'aujourd'hui ont davantage la forme d'une affaire.

"Il est vrai qu'aujourd'hui, le donateur voit assez souvent sa main dirigée par certaines oeuvres et cela peut, par une réaction psychologique assez facile à percevoir, glacer les élans les moins calculés de son coeur.

"Cette charité dirigée et, parfois même, assez vigoureusement sollicitée, on la voit surtout en action dans les campagnes annuelles de charité collective. Ces campagnes, admirables sans doute, et dont personne ne discute le mérite, drainent les dons de la charité privée vers certaines oeuvres auxquelles les hôpitaux ne participent pas. Ces incursions dans les portes-monnaies des gens riches et parmi toute la population, se font à grand renfort de réclame. On annonce les besoins, on les représente sous la forme la plus capable d'émouvoir, on sollicite les dons, on presse ceux qui se font prier. Comme le total fixé pour la souscription est toujours impressionnant, et qu'on a mis en branle pour l'obtenir toutes les énergies, lorsque la campagne est terminée, les sollicitateurs n'ont plus ni voix, ni loisir, ni surtout aucun zèle pour recommencer. Quant au public, qui n'est pas toujours très bien éclairé, il s' imagine qu'il a souscrit à toutes les oeuvres possibles et impossibles de bienfaisance. Il a déjà donné tout ce qu'il pouvait, et parfois, un peu plus qu'il ne voulait donner. La campagne de souscription une fois terminée, les souscripteurs n'ont plus rien de disponible pour d'autres fins charitables, si méritaires soient-elles.

"Prenons par exemple, le cas de la Fédération des oeuvres de charité canadienne-française dont les méthodes de sollicitation sont si effectives. En 1933, lors de sa première campagne, elle a atteint le chiffre remarquable pour une première tentative de \$183,336.00. Chaque année, dans la suite, elle a augmenté son objectif, et chaque année elle l'a dépassé. Voici, depuis 1933 jusqu'en 1941, les différentes étapes parcourues par la Fédération vers l'objectif, au début incroyable à imaginer aujourd'hui considéré comme une chose faite, du demi-million:

1933	-	\$183,336.00
1934	-	288,820.00
1935	-	305,241.00
1936	-	350,092.00
1937	-	387,544.00
1938	-	433,585.00
1939	-	488,098.00
1940	-	459,585.00
1941	-	474,524.00

"Comme nous l'avons dit, les méthodes employées pour obtenir ces montants sont des plus vigoureuses et prennent même parfois l'allure d'une pieuse violence. Or, les hôpitaux n'ont rien de tel pour leur venir en aide."

De son côté, la Federated Charities organise aussi chaque année, une campagne de souscription à Montréal; l'objectif de 1941 était de \$752,000.00. Il a également la Federation of Catholic Charities Inc., dont l'objectif de 1941 était de \$190,000.00 ainsi que la Federation of Jewish Philantropies qui en 1941 désirait obtenir \$310,000.00.

La Commission en vient à la conclusion que cette assertion des représentants des institutions est fondée et que la charité privée a pratiquement cessé d'aider l'hôpital.

Le Conseil des hôpitaux de Montréal s'est aussi catégoriquement opposé au maintien de la distribution tripartite des frais d'hospitalisation et à la participation des institutions et ce, au point de vue des principes mêmes; les répercussions du système actuel sur la situation financière des institutions seront d'ailleurs analysés dans le cinquième rapport.

Notre système d'assistance est également défavorable aux institutions en ce qu'il leur laisse entièrement la charge des patients que l'assistance publique n'a pas reconnue en état d'indigence, état qui par ailleurs est susceptible de modification d'après les circonstances particulières de chaque cas. Comme le rapport l'a déjà indiqué, les retards survenus dans l'octroi ou le refus d'assistance, placent les institutions dans une situation défavorable. Même si le mécanisme d'enquête était plus précis et plus rapide, le citoyen gêne financièrement continuerait toujours de demeurer un problème pour l'institution.

De plus, notre système actuel n'encourage pas le développement de nos services hospitaliers: l'aménagement de nouvelles cliniques serait nécessaire dans plusieurs institutions et leur situation financière ne leur permet pas de le faire.

Par ailleurs, le système d'assistance ne prévoit aucune compensation pour le service donné au public dans les dispensaires; ce service a largement contribué à la diminution du nombre des journées d'hospitalisation dans le Québec et il serait indispensable de l'amplifier de plus en plus.

Votre Commission a donc constaté que le système actuel n'est plus satisfaisant et que les institutions doivent être libérées de l'obligation que leur impose la Loi de 1921; elles ne sont plus en mesure de contribuer aux frais d'hospitalisation des assistés.

Le système actuel d'assistance a également en ce qui concerne les institutions, une autre carence qu'il convient de signaler; il n'établit aucun contrôle de la durée d'hospitalisation: ce contrôle pourrait certainement fonctionner à la satisfaction des institutions, des médecins traitants et des patients. La Commission des accidents du travail a organisé un contrôle de ce genre qui donne, selon son témoignage, d'excellents résultats. On pourrait objecter que le cas d'un accidenté est tout diffé-

rent de celui d'un malade, surtout s'il s'agit d'un indigent; en raison des témoignages contradictoires reçus par la Commission sur ce point, votre Commission se doit d'attirer votre attention sur ce problème.

Votre Commission a aussi constaté que la Loi de l'assistance publique ne prévoit aucun contrôle financier de l'Etat sur les institutions privées d'hospitalisation qui sont toujours susceptibles en remplissant les formalités légales, de devenir des institutions d'assistance publique.

LE PROBLEME DE L'ASSISTANCE ET LES MEDECINS

Le système actuel d'assistance n'est aucunement favorable à la profession médicale; en effet, il ne prévoit que l'hospitalisation de l'assisté et ne comporte aucune compensation pour le médecin traitant: celui-ci se trouve dans une situation analogue à celle de l'institution en ce qu'il doit compter sur le revenu provenant de sa clientèle aisée pour être en mesure d'exercer une charité qui lui fait honneur, en soignant les déshérités de la fortune; ne devrait-il pas être compensé de ces soins et de ce service rendu à la société?

De plus, le pauvre se voyant dans l'impossibilité de payer des honoraires au médecin, retarde souvent à requérir ses soins: c'est ainsi que nous avons à déplorer des décès prématurés et des admissions à l'hôpital de malades en danger qui, autrement, auraient pu être facilement traités à domicile.

Le médecin, d'après le système actuel, peut difficilement s'occuper de médecine préventive dans les classes pauvres; encore un domaine pratiquement inexploré chez-nous et où des interventions s'avèrent nécessaires. Votre Commission vous fera par ailleurs à ce sujet des suggestions dans son cinquième rapport.

LE PROBLEME DE L'ASSISTANCE ET LES MUNICIPALITES

Le problème de l'assistance est-il, en premier lieu, d'ordre municipal? - C'est la question qui s'est posée tout naturellement lorsque votre Commission a abordé l'étude de la question. Il semble bien que sous le régime de la charité privée, même modifié ou prolongé, c'est à la municipalité que revient la première responsabilité: la charité s'exerce presque toujours localement et si elle devient insuffisante, elle commence par être complétée localement. Mais doit-on maintenir ou parfaire ce régime de la charité, dont on commençait il y a 22 ans déjà, à s'éloigner? - D'autres pays, qui avaient des problèmes similaires, ont passé par les mêmes phases pour ensuite élargir les cadres de l'assistance et régler leurs difficultés hors du domaine municipal ou communal. C'est ainsi que l'on voit ce problème posé sur un plan provincial ou cantonal, dans des pays fédératifs ou sur le plan national dans des pays unitaires.

Le système actuel laisse la responsabilité d'enquête et de contrôle aux conseils municipaux: en conséquence, la nature et les modalités d'enquête diffèrent largement d'un centre à un autre. Ce système peut aussi permettre à certains conseils municipaux de refuser systématiquement toute admission à l'assistance, s'en rapportant à la décision d'un magistrat, ce qui complique singulièrement les formalités d'hospitalisation.

Par opposition, d'autres conseils pourraient exercer des tolérances coûteuses aux contribuables en général, étant donné la participation provinciale.

Les barèmes suivis pour la constatation de l'indigence varient selon les directives des conseils municipaux et peuvent devenir des causes d'injustice aux citoyens de la province.

En fait, selon le témoignage du président de la Commission municipale de Québec, le problème de l'assistance publique est passé au premier plan des soucis des administrateurs municipaux; l'Union des municipalités a adopté au cours de chacune de ses récentes réunions annuelles, des résolutions demandant au Gouvernement de la province, d'assumer exclusivement le fardeau financier de l'assistance publique: la raison de ces demandes, déclare l'Union, est que la province a enlevé aux municipalités le droit de percevoir plusieurs taxes qui aidaient les municipalités à faire face à leurs obligations en matière d'assistance.

Les statistiques prouvent qu'au 31 décembre 1942, les municipalités devaient pour l'assistance publique une somme globale de \$2,132,567.32 au Gouvernement de la Province. Un certain nombre d'entre elles particulièrement favorisées par les circonstances présentes seraient, à l'heure actuelle, en mesure d'amortir graduellement ces arrérages et de payer leur part d'assistance; celle-ci est d'ailleurs susceptible d'augmentation étant donnée l'accroissement du coût d'hospitalisation des assistés. Elle sera accrue davantage si l'on donne suite aux recommandations de votre Commission sur l'amélioration des conditions de travail des employés d'hôpitaux.

De plus, il s'établit un cercle vicieux: ce sont des municipalités pauvres que viennent, en plus grand nombre, les assistés: donc, augmentation au compte de l'assistance, des charges déjà difficiles à rencontrer. Par contre, les municipalités riches où ne se trouvent que des familles à l'aise, connaissant à peine le problème de l'assistance.

La Commission ne peut donc recommander le maintien à son niveau actuel de la contribution municipale à l'assistance.

Il est vrai que ces statistiques s'appliquent à toute la population et non seulement à notre classe inférieure: elles sont toutefois révélatrices et indiquent qu'il y a lieu pour l'Etat d'amplifier son intervention dans le domaine de la santé en général.

Notre système d'assistance, tout en tenant compte des caractéristiques de cette classe, n'a pas failli à la tâche particulière, mais une question se pose: un système d'assistance est-il suffisant et l'Etat ne devrait-il pas trouver d'autres moyens pour protéger et améliorer l'état de santé, non seulement des classes pauvres mais aussi de toute la population?

18.0 jours (statistiques de 1939)

Ontario: 13.3 jours; Québec: 13.0 jours; Manitoba: 11.3 jours; Nouveau-Brunswick: 11.2 jours; Saskatchewan: 10.7 jours; Alberta: 10.6 jours; Ile de Prince Édouard: 9.8 jours; Nouvelle-Écosse: 9.5 jours (statistiques de 1939).

LE PROBLEME DE L'ASSISTANCE ET CELUI DE LA SANTE EN GENERAL

Notre système d'assistance a-t-il contribué au maintien ou à l'amélioration de la santé de notre population? - C'est une question dont quelques aspects seulement seront traités dans ce rapport. On peut affirmer qu'il n'a pas amélioré la santé de notre population en général, son rôle s'étant limité à l'hospitalisation des indigents dont l'état de santé exigeait un stage à l'institution. De plus, les statistiques révèlent que le séjour moyen à l'hôpital est très élevé dans le Québec* alors qu'il est beaucoup plus bas dans les autres provinces** du Canada. Il est vrai que ces statistiques s'appliquent à toute la population et non seulement à notre classe indigente: elles sont toutefois révélatrices et indiquent l'urgence qu'il y a pour l'Etat d'amplifier son intervention dans le domaine de la santé en général.

Notre système d'assistance, tout en tenant compte des carences mentionnées dans cette étude, n'a pas failli à la tâche particulière, mais une autre question se pose: un système d'assistance est-il suffisant et l'Etat ne doit-il pas trouver d'autres moyens pour protéger et améliorer l'état de santé, non seulement des classes pauvres mais aussi de toute la population?

* 18.0 jours (statistiques de 1939);

** Ontario: 13.3 jours; Colombie Britannique: 13.0 jours; Manitoba: 11.3 jours; Nouveau-Brunswick: 11.2 jours; Saskatchewan: 10.7 jours; Alberta: 10.6 jours; Ile du Prince Edouard: 9.8 jours; Nouvelle-Ecosse: 9.5 jours (statistiques de 1939).

LE PROBLEME DE L'ASSISTANCE ET LA PROVINCE

La santé publique et l'assistance relèvent, d'après l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord, de la compétence provinciale; le gouvernement fédéral s'y est intéressé, particulièrement dans le domaine de l'éducation de la population. Le gouvernement de la province se trouve en face des demandes suivantes des corps publics qui participent à l'heure actuelle, au système d'assistance:

a.- Les municipalités, par l'intermédiaire de leur Union expriment le voeu que la province assume exclusivement le fardeau de l'assistance.

En toute justice, à toute responsabilité doit correspondre un droit: le Gouvernement du Québec doit donc, s'il assume exclusivement le coût de l'assistance, en prendre également le contrôle et voir à ce que les deniers publics qui y sont affectés, soient dépensés à bon escient. C'est dire que, si les municipalités se libèrent financièrement de l'assistance publique, elles doivent remettre à l'Etat provincial leur juridiction en matière d'enquête et leur droit de contrôle.

b.- Les institutions déclarent que le régime partiellement maintenu de la charité privée ne suffit plus et qu'il est responsable de leur situation financière défavorable; elles demandent également en conséquence, par l'intermédiaire de leurs associations, le Conseil des Hôpitaux de Montréal et les Conférences de Montréal et de Québec de l'Association Catholique des Hôpitaux des Etats-Unis et du Canada, d'être libérées de leur participation à l'assistance. Si le gouvernement de la province accédait à cette demande, il ne deviendrait, dans le système actuel, que le client des institutions pour l'hospitalisation des assistés qu'il représente.

c.- L'accès aux soins médicaux fait partie des besoins essentiels de l'humanité; en conséquence, les institutions d'hospitalisation sont entièrement des services publics, destinés non seulement à assurer la guérison des malades, mais aussi à collaborer à l'amélioration de la santé nationale. Comme dans tout autre domaine d'intérêt public, il faut une intervention concentrée des intéressés, une direction efficace, simplifiée, et, si possible, unifiée.

Votre Commission doit donc vous faire sur ce point d'importance capitale des recommandations précises; si le gouvernement de la province doit assumer toute juridiction et supporter entièrement le fardeau de l'assistance, doit-il se contenter de maintenir le système actuel tout en lui apportant les correctifs nécessaires ou orienter sa politique dans un autre sens? Or le système actuel a les carences ou caractéristiques défavorables suivantes qu'atténuerait à peine un système à responsabilité provinciale entière:

a.- C'est un système supplétif qui n'est pas susceptible d'améliorer l'état de santé d'une partie importante de la population qui n'en bénéficie pas; il ne favorise ni la prévention de la maladie, ni l'aménagement d'hôpitaux ou de cliniques à la disposition de toute la population;

b.- Il nuit à la distribution équitable et économique de cette part du revenu national qui doit être affecté aux soins médicaux;

c.- L'enquête sur les moyens financiers de l'assisté ne saurait jamais acquérir l'efficacité nécessaire; conséquence, il est théoriquement et pratiquement impossible de greffer au système actuel, un plan efficace de participation de l'assisté, l'état d'indigence étant sujet à des fluctuations trop nombreuses et trop circonstancielle.

Votre Commission conclut que des modifications au système actuel ne pourraient régler que fragmentairement le problème: consciente des lourdes responsabilités que vous lui avez confiées et désireuse d'offrir une solution heureuse au problème dans son intégrité, elle a poussé ses recherches dans un autre domaine et elle vous fait part de ses constatations.

LE PROBLEME DE L'ASSISTANCE ET SA SOLUTION PAR L'ASSURANCE

Dans des chapitres précédents, votre Commission a démontré le caractère supplétif du système d'assistance; ses transitions chez-nous du régime de la charité privée au système d'intervention municipale, puis de cette intervention locale à une contribution provinciale, ne lui font aucunement perdre ce caractère. Elles n'ont eu pour effet que de répartir les responsabilités sans influencer sur les principes du système dont votre Commission a également démontré les insuffisances.

Votre Commission a donc songé à l'instauration d'un système d'assurance maladie généralisé comme solution possible de toutes les difficultés qu'on lui avait signalées en marge de l'application de la Loi de l'assistance publique et de la Loi des asiles d'aliénés. Il serait superflu de référer à tous les grands principes des divers systèmes d'assurance-maladie; votre Commission se contente donc d'énoncer les caractéristiques de l'assurance-maladie qui sont particulièrement afférentes au problème qui lui a été soumis:

1.- Accès de toute la population aux soins médicaux, qu'elle soit en état de pauvreté, de gêne financière, d'aisance ou de richesse: donc, satisfaction d'un de ses besoins essentiels;

2.- Meilleure distribution de cette part du revenu national qui est nécessairement affectée aux soins médicaux et à la santé publique; en effet, les soins médicaux sont un bien de consommation et doivent le moins possible, être soldés à même le capital national;

3.- Elimination de l'enquête sur les moyens financiers des individus;

4.- Contrôle unifié et conséquemment plus efficace des services publics d'hospitalisation: donc, exercice de cette responsabilité qui relève de la compétence provinciale;

5.- Elimination du problème municipal dans le domaine de la santé; réduction correspondante des dépenses des services municipaux d'assistance publique. Centralisation provinciale tendant, par l'élimination de nombreuses charges fixes identiques, à réduire le coût d'application du système;

6.- Etablissement de standards provinciaux pour l'accès aux soins médicaux et ce, à l'avantage de la population;

7.- Règlement définitif du problème institutionnel; élimination des difficultés actuelles provenant de la mise à exécution de la loi de l'assistance publique et assurance d'un revenu stable, obtenu sans frais de perception;

8.- Assurance pour le médecin, du paiement d'un honoraire pour le soin de ses malades, que celui-ci soit traité à domicile ou à l'institution. Il est à noter que la Canadian Medical Association au cours de sa réunion des 18 et 19 janvier tenue à Ottawa et à laquelle assistaient des représentants du Collège des Médecins de la Province de Québec, s'est déclaré favorable à un système d'assurance-maladie dans les termes suivants:

"ATTENDU QUE la Canadian Medical Association a pour but :

- "1.- l'amélioration de la santé et la prévention des maladies;
- "2.- l'amélioration des services de santé;
- "3.- tous autres intérêts conformes aux lois qui directement ou indirectement assurent le bien-être du public;

"ATTENDU QUE la Canadian Medical Association réalise qu'il est désirable de pouvoir mettre à la disposition de la population canadienne des services adéquats de santé;

"ATTENDU QUE la Canadian Medical Association a procédé depuis nombre d'années à l'étude de systèmes qui assureraient de tels services de santé;

"EN CONSEQUENCE, il est résolu que:

- "1. La Canadian Medical Association approuve l'adoption du principe de l'assurance-maladie;
2. La Canadian Medical Association soit en faveur d'un système d'assurance-maladie qui assurera l'aménagement et le développement des meilleurs standards des services de santé tant dans le domaine de la prévention que dans celui de la guérison pourvu que ce système soit adéquat aux assurés et à tous ceux qui ont la responsabilité d'assurer de tels services."

L'écueil souvent mentionné à l'étatisation de la médecine peut être facilement évité par la création de multiples institutions d'assurance fonctionnant sous le système général;

9.- Création d'un système de prévention tendant à rehausser le niveau de la santé de notre population;

10.- Sauvegarde de la cellule familiale et aide directe aux familles nombreuses si le système d'assurance prévoit une prime familiale au lieu d'une prime individuelle.

Il est évident que le système d'assurance-maladie généralisée est de beaucoup supérieur à notre système d'assistance, en théorie et en pratique; son institution dans la province aurait pour conséquence l'élimination des nombreuses difficultés que votre Commission a constatées et serait dans l'intérêt général de notre population.

RECOMMANDATIONS

Votre Commission a bien l'honneur, à la lumière des considérations exposées dans les chapitres précédents, et après mûre réflexion, de vous recommander:

1.- L'adoption par la législature de Québec et d'après les prérogatives qui lui sont conférées par l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord, d'une législation posant les principes d'un système d'assurance-maladie généralisée, comportant une contribution tripartite de l'Etat, de l'employeur et de l'employé;

2.- Que la législation prévoit le calcul de la prime d'assurance par cellule familiale et non sur une base individuelle; que, de plus, tous les membres de la famille aient accès aux prestations et soient assurés au même titre que les célibataires;

3.- La formation d'une Commission chargée de la mise à exécution de la loi qui aura la responsabilité

I.- Après consultation des corps intéressés de préparer le système d'assurance, y compris la nature des prestations, la modalités d'hospitalisation, la nature des soins à domicile, la forme des institutions d'assurance, la fixation de la prime, etc.;

II.- D'établir les proportions de contribution:

a.- de l'Etat, de l'employeur et de l'employé dans le cas des salariés;

b.- de l'Etat et des individus soit propriétaires d'entreprises individuelles, soit professionnels, soit faisant partie des industries agricole et forestière;

III.- De recommander les moyens appropriés pour le paiement des primes dans les cas d'indigence;

IV.- De prévoir les modalités de l'assistance médicale à ceux qui ne bénéficient pas du plan d'assurance-maladie (visiteurs, personnes ayant domicile temporaire, etc.)

4.- Qu'enfin, la législation tienne compte du risque d'aliénation mentale et que le plan d'assurance soit élaboré en conséquence.

Le tout humblement soumis,

Le Président

DR ARTHUR LESSARD

Les membres:

REVERENDE SOEUR ALLARD

ALFRED CHARPENTIER

ALBERT TOWNER

Le Vice-Président

DR A. LORNE G. GILDAY

JAMES O'CONNELL-MAHER

DR RENAULT LEMIEUX



Deacidified using the Bookkeeper process.
Neutralizing agent: Magnesium Oxide
Treatment Date: Feb. 2007

PreservationTechnologies

A WORLD LEADER IN PAPER PRESERVATION

111 Thomson Park Drive
Cranberry Township, PA 16066
(724) 779-2111

BNQ



C 000 132 792

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
REÇU LE
DEC 27 1984

132792