



VOLUME III

**Aspects constitutionnels, relations  
fédérales-provinciales et législation  
dans le domaine de la santé**

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ  
JANVIER 1966

1875  
1876  
1877  
1878  
1879



VOLUME III

**Aspects constitutionnels, relations  
fédérales-provinciales et législation  
dans le domaine de la santé**



PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ  
JANVIER 1966



VOLUME III

Aspects constitutionnels, relations  
fédérales-provinciales et législation  
dans le domaine de la santé



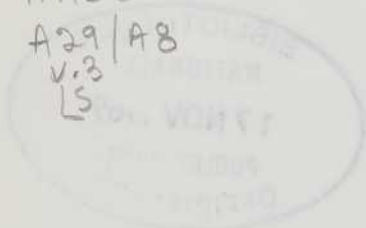
OFF

A11D6

A29/A8

v.3

LS



PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE SANTÉ

JANVIER 1966

INTRODUCTION

Il nous a paru utile, dans ce troisième volume, de situer, au moins sommairement, l'assurance-maladie dans son présent cadre constitutionnel, pour, ensuite, retracer brièvement les récents développements fédéraux-provinciaux en cette matière, puis, analyser rapidement les principales lois relatives à l'exercice des professions directement reliées à l'assurance-maladie, et, enfin, étudier, toujours de manière sommaire, la législation pertinente sur la santé publique. Nous consacrons donc quatre courts chapitres à ces divers sujets pour mieux éclairer la question de l'assurance-maladie. Conformément à notre mandat, les études présentées sont essentiellement descriptives.

INTRODUCTION

Il nous a paru utile, dans le but de donner au moins sommairement, l'assurance-maladie dans son régime actuel, constitutionnel, pour, ensuite, examiner, dans un développement plus étendu, les développements législatifs-provisaires en cette matière, sous l'angle qui se rapportent aux principales lois relatives à l'assurance-maladie, et, enfin, profession directement liées à l'assurance-maladie, et, enfin, à l'étude, toujours de manière sommaire, la législation existante sur la santé publique, nous consacrons dans ce chapitre spécial, à ces divers sujets pour nous laisser la question de l'assurance-maladie. Constatant à notre tour, les études présentées sont essentiellement descriptives.



## CHAPITRE I

### ASPECTS CONSTITUTIONNELS

#### Acte de l'Amérique du Nord Britannique

Il ne fait aucun doute que la sécurité sociale, dont fait partie l'assurance-maladie, appartient au champ de l'activité provinciale. Il suffit de référer brièvement à l'Acte de l'Amérique du Nord Britannique et à la jurisprudence s'y rapportant pour établir clairement la juridiction provinciale sur la sécurité sociale, et, par voie de conséquence, sur l'assurance-maladie.

Il est évident qu'on ne trouve pas la mention spécifique de la sécurité sociale dans la Constitution, cette notion n'étant guère connue, et encore moins répandue, à l'époque. Il est cependant question de la santé dans l'Acte de 1867, puisque le paragraphe 7 de l'article 92, relatif aux pouvoirs exclusifs des législatures provinciales, réserve à l'autorité provinciale "l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, des asiles, des hospices et des refuges dans les limites et pour la population de la province, sauf les hôpitaux de marine", ces derniers, de même que "la quarantaine", relevant de l'autorité fédérale, en vertu du paragraphe 11 de l'article 91, relatif aux pouvoirs du parlement fédéral.

Il faut dire que, en 1967, la sécurité sociale se limitait à l'hospitalisation. La responsabilité de venir en aide aux malades, aux infirmes, aux indigents, aux vieillards, était assumée par les institutions de charité, dont le budget se trouvait alimenté, dans une bonne mesure, par la générosité de la population. Ces institutions se substituaient aux familles qui ne pouvaient prendre soin elles-mêmes de leurs infirmes, de leurs malades et de leurs vieux, comme c'était l'usage à l'époque. La paroisse allégeait aussi la misère de ses membres éprouvés.

Pour en revenir à la Constitution, la propriété et les droits civils relèvent naturellement de la juridiction provinciale sous l'empire du paragraphe 13 de l'article 92. Au surplus, le paragraphe 16 de cet article reconnaît clairement le pouvoir exclusif des législatures provinciales de légiférer sur toutes les matières qui, dans la province, sont d'une nature purement locale ou privée.

On peut donc conclure, sans la moindre hésitation, que la sécurité sociale, et, par conséquent, l'assurance-maladie, relèvent définitivement de la juridiction provinciale. La jurisprudence a d'ailleurs formellement reconnu les droits constitutionnels des provinces en matière de sécurité sociale. Il a donc

fallu, à la lumière de cette jurisprudence (1), amender la Constitution pour accorder au parlement fédéral le pouvoir de légiférer sur l'assurance-chômage (article 91, paragraphe 20 bis), et sur les pensions de vieillesse (article 94A).

L'article 91 accorde au parlement fédéral le pouvoir de légiférer, en vue de la paix, de l'ordre public et de la bonne administration du Canada, sur toutes matières n'appartenant pas aux catégories de sujets attribuées exclusivement aux législatures provinciales; et on a voulu donner à cette clause une interprétation justifiant l'intervention fédérale dans le domaine de la sécurité sociale. Cette prétention a toutefois été rejetée avec raison par la Cour Suprême quand la validité de la Loi sur l'assurance sociale lui a été soumise pour une expression d'opinion de sa part (2).

Le Conseil Privé a eu l'occasion de se prononcer à maintes reprises sur cette disposition de l'article 91 relative à la paix, à l'ordre public, et à la bonne administration. Et le Conseil Privé a toujours décidé que ce pouvoir pouvait être exercé seulement sous la forme d'une mesure d'urgence requise par l'existence d'une situation anormale, de caractère exceptionnel, présentant un danger extraordinaire pour la vie nationale. Il est clair qu'une épidémie, par exemple, représente un danger de cette sorte; et la législation fédérale sur les aliments, destinée à la prévention des épidémies, apparaît pertinente (3).

Il semble bien que la juridiction provinciale en matière de sécurité sociale, et, par conséquent, sur l'assurance-maladie, soit désormais reconnue sans plus de discussion.

#### Commissions royales d'enquête

C'est ainsi que la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall), dans la charte qu'elle dresse pour les canadiens, déclare, au paragraphe 4, ce qui suit:

"L'évolution du régime constitutionnel du Canada" tient

---

(1) Attorney-General for Canada V. Attorney-General for Ontario and others, 1937 A.C. 326;  
 Attorney-General for Canada V. Attorney-General for Ontario and others, 1937 A.C. 355;  
 Toronto Electric Commissionners V. Snider and others, 1925 A.C. 396.

(2) Reference re Validity of the Employment and Social Insurance Act, 1936 S.C.R. 427.

(3) Attorney-General for Ontario V. Canada Temperance Federation, 1946 A.C. 193 à la page 207.

compte de la compétence première des gouvernements provinciaux en matière de santé, y compris l'échelonnement, l'étendue et l'administration des services de santé, aussi bien que la nécessité de l'assistance financière fédérale pour permettre à chaque province d'établir un Régime de services de santé complet et universel."

Par ailleurs, la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces (Rapport Rowell-Sirois) s'est exprimée de la façon suivante sur le sujet de l'assistance sociale:

"Mais d'une manière générale, la juridiction provinciale en matière d'assistance sociale et, partant, la responsabilité de toute initiative et des charges financières sont réputées un trait essentiel de l'acte constitutionnel: la responsabilité provinciale est la règle; la juridiction fédérale, l'exception." (1)

D'autre part, la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels (Commission Tremblay) a exprimé l'avis suivant sur le sujet de la sécurité sociale:

"Que la sécurité sociale enfin ait un rôle à jouer dans la politique gouvernementale d'aujourd'hui, nous sommes bien prêts à l'admettre, à condition que l'on admette aussi que cette politique ne soit pas l'oeuvre exclusive du seul gouvernement central, et respecte les exigences de notre régime fédératif, dont l'une des premières est que l'initiative en politique sociale relève des provinces." (2)

#### Autres opinions

Pour sa part, le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec dans son mémoire à la Commission Hall, s'est exprimé de la manière suivante:

"Mais dans le domaine de la sécurité sociale et de la santé en général, que ce soit sous l'aspect médecine ou hospitalisation, nous tenons à affirmer une fois de plus que nous ne saurions admettre aucun programme dont les cadres dépasseraient ceux de la province." (3)

Enfin, le professeur Bora Laskin, dans son ouvrage "Canadian Constitution Law", écrit ce qui suit:

- 
- (1) Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, Volume II, page 15.
  - (2) Rapport de la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, Volume II, page 313.
  - (3) Mémoire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec à la Commission Hall, page 18.

"It has become a truism of Canadian Constitutional Law that judicial interpretation of the B.N.A. Act has given the provinces substantive legislative authority (especially in respect of social services) that far exceeds their financial resources and their money-raising power." (1)

Il est sûrement évident, à la lumière de tous ces textes que l'assurance-maladie, mesure de sécurité sociale, relève de la juridiction provinciale.

(1) Laskin, Canadian Constitutional Law (second edition 1960) pp. 653-54.

## CHAPITRE II

### RELATIONS FEDERALES-PROVINCIALES

Depuis l'adoption de la Constitution, pour ne pas remonter trop loin en arrière, disons que l'activité gouvernementale, dans la sphère particulière de la santé publique, s'est exercée parallèlement sur les plans fédéral et provincial. A compter de 1930, les nouvelles mesures législatives se sont multipliées, aux niveaux fédéral et provincial, dans le champ de la sécurité sociale. Nous devons toutefois ajouter que de nombreuses dispositions relatives à la sécurité sociale en général, et à la santé en particulier, ne se sont pas traduites par des réalisations concrètes pour des raisons constitutionnelles ou fiscales. Certaines lois fédérales ne relevaient pas du pouvoir central, alors que l'application de certaines lois provinciales se trouvait paralysée pour des motifs financiers. Mais l'avènement de l'assurance-hospitalisation a considérablement modifié la situation dans le domaine de la santé. Cette mesure sociale a permis l'affirmation de la juridiction provinciale en matière de santé publique.

De façon générale, l'activité du gouvernement fédéral, jusqu'à l'avènement de l'assurance-hospitalisation, s'est heureusement limitée, sauf dans quelques secteurs restreints, à la juridiction que lui réserve la Constitution. C'est dire que, jusqu'à l'introduction de l'assurance-hospitalisation, les relations fédérales-provinciales dans le secteur de la santé n'avaient pas revêtu le caractère régulier qui les a marquées, plus particulièrement en ce qui concerne Québec, depuis 1960. Il nous suffira par conséquent de revoir rapidement les rapports entre Ottawa et Québec, sur ce sujet, en ces dernières années.

#### L'assurance-hospitalisation

En 1957, le Parlement du Canada adoptait la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostics. Cette Loi prévoyait la mise sur pied d'un régime d'hospitalisation par les provinces avec l'aide financière d'Ottawa. Il fallut attendre 1960 pour que le Québec se prévale et bénéficie de ce régime. Il s'agissait d'un programme conjoint. En 1965, la province, invoquant le droit d'option (opting out), dont elle avait fait admettre le principe par Ottawa, à savoir le droit de retrait d'un programme conjoint avec compensation de la contribution fédérale sous la forme d'un crédit en points d'impôt sur le revenu, exprimait son intention de se retirer du programme conjoint d'assurance-hospitalisation et d'assumer elle-même seule cette responsabilité sociale. C'était là la première étape d'une évolution devant aboutir, en 1970, à la substitution d'une compensation fiscale définitive à l'aide financière fédérale en vertu des dispositions du programme conjoint en question. Et l'on peut déjà

présumer que cette compensation fiscale sera inconditionnelle, la juridiction provinciale en ce domaine étant acceptée et reconnue de manière intégrale.

Pour en revenir à la Loi de 1957, il faut dire que, même si cette Loi prévoyait, en théorie, un régime universel d'assurance-hospitalisation, les patients des institutions pour malades mentaux et pour tuberculeux sont exclus de son champ d'application dans la pratique; et cette situation n'a pas encore été corrigée malgré les instances pressantes des provinces. Le Québec, pour sa part, continue de réclamer avec insistance cette amélioration nécessaire.

Toutes les provinces du Canada, y compris le Québec depuis 1960, possèdent maintenant un régime d'assurance-hospitalisation.

#### Comité d'étude sur l'assistance publique

Le gouvernement du Québec a confié, en 1961, à un Comité, le soin de l'étude du sujet de l'Assistance publique, avec mandat de proposer les modifications législatives requises et les réformes administratives voulues pour mettre de l'ordre dans le secteur vital de la législation sociale. Il existe un besoin de cohésion, de coordination et d'humanisation de la législation sociale et de son application, pour des raisons évidentes d'efficacité et d'humanité. Le concept de justice sociale doit l'emporter sur la notion de charité publique. Ce Comité a présenté, en 1963, un rapport (Rapport Boucher) qui contient des constatations et recommandations ayant trait à la santé. L'analyse de l'état de santé de la population a amené le Comité à recommander au gouvernement de conclure avec la profession médicale des ententes en vue d'assurer aux personnes dans le besoin les soins médicaux nécessaires (1).

Le gouvernement a déjà manifesté publiquement, comme nous le rappelons au Volume II de notre mémoire, son intention bien définie d'établir, dès le 1er avril prochain, un régime de soins médicaux destiné aux bénéficiaires d'allocations sociales, de façon que leur situation financière ne les prive plus, pour cette seule raison, du recours au médecin.

#### Commission royale d'enquête sur les services de santé

En juin 1961, alors que le réseau de l'assurance-hospitalisation couvrait désormais de son filet protecteur toutes les provinces du Canada, le gouvernement fédéral a formé une Commission royale d'enquête sur les services de santé; et, trois ans plus tard, en 1964, cette Commission soumettait son rapport (Rapport Hall).

---

(1) Rapport du Comité d'étude sur l'Assistance publique, Québec juin 1963, page 201.

La Commission a promulgué une "Charte de santé des canadiens", dont on trouve le texte intégral au Volume VI de notre rapport (1).

L'article 4 de la Charte de santé rappelle "la compétence première des gouvernements provinciaux en matière de santé".

C'est dire que la Commission Hall reconnaît expressément la juridiction provinciale dans le domaine de la santé, sauf qu'elle souligne la nécessité de l'assistance financière fédérale pour l'exercice pratique de cette juridiction théorique. On vient de voir plus haut que, dans l'opinion du Québec, il ne peut s'agir sous ce rapport que d'une assistance inconditionnelle.

### Conférences fédérales-provinciales

Depuis la publication des rapports Boucher et Hall, le double sujet de l'assistance publique et de l'assurance-santé a formé l'objet de nombreuses conférences fédérales-provinciales.

A la Conférence fédérale-provinciale des premiers ministres de juillet 1965, le gouvernement du Québec, par la voix de son premier ministre, a défini avec netteté et fermeté sa politique sur le double sujet de l'assistance publique et de l'assurance-santé.

Le premier ministre du Québec, sans sa déclaration, à l'ouverture de la réunion des premiers ministres, a exposé la politique de son gouvernement de la manière suivante:

"Il ne fait aucun doute qu'à l'heure actuelle les citoyens du pays ressentent de plus en plus le besoin d'être mieux protégés contre les risques financiers de la maladie. Déjà l'assurance-hospitalisation, et d'autres mesures dans le domaine de l'hygiène publique, ont constitué un premier pas dans cette voie, mais on connaît maintenant les limitations inhérentes à des programmes de ce genre. On retrouve des limitations similaires dans les plans privés d'assurance-santé.

"Le gouvernement du Québec a formé, il y a quelques mois, un groupe d'étude qui a pour mandat de réunir et d'analyser toute la documentation voulue sur l'assurance-maladie, habituellement appelée assurance-santé. Cette documentation sera soumise à un comité conjoint du Conseil législatif et de l'Assemblée législative qui commencera ses travaux au cours de la prochaine session de la Législature québécoise. Ce comité conjoint fera ensuite ses recommandations.

---

(1) Commission royale d'enquête sur les services de santé 1964 vol. I, page 12.

"Si nous avons pris cette initiative, c'est que nous avons l'intention bien ferme de doter nos citoyens d'un régime complet d'assurance-maladie, sous la juridiction du Québec lui-même et adapté à ses besoins. Nous tiendrons notre programme d'assurance-maladie à l'extérieur, le cas échéant, de tout programme conjoint fédéral-provincial. Nous voulons ainsi nous conformer à notre politique générale d'option dans les domaines qui relèvent de notre compétence et où nous croyons être en mesure d'agir plus efficacement que le gouvernement central. Pour arriver à déterminer le programme d'assurance-maladie qui viendra au Québec, nous tiendrons évidemment compte des études déjà faites et des expériences vécues ailleurs, de même que du rapport de la Commission royale sur les services de santé.

"La décision du Québec en cette matière est fondée sur l'acceptation de nos responsabilités envers nos citoyens et sur l'exercice nécessaire de nos droits. Elle n'a à aucun moment été guidée par un désir quelconque d'isolement. Elle est encore moins fondée sur une stratégie dont le but serait d'amener chaque province à établir un programme entièrement différent de celui des autres provinces, de sorte que les intérêts particuliers redoutant l'assurance-maladie auraient beau jeu, en opposant les provinces les unes aux autres, pour retarder ou même empêcher l'avènement d'une telle mesure au Canada. En d'autres termes, nous croyons que l'exercice de la compétence provinciale en cette matière ne doit pas constituer un obstacle à l'établissement, dans les provinces du pays et selon des modes administratifs qui conviennent à chacune, d'un programme d'assurance-santé aussi complet que possible. Notre but n'est pas, en nous exprimant de la sorte, d'indiquer aux autres provinces la route à suivre, mais tout simplement de faire écho à ce qui nous semble être l'expression presque unanime de la volonté des citoyens, tant ceux du Québec que ceux qui vivent ailleurs au pays. L'assurance-maladie est en effet peut-être un des sujets sur lesquels les Canadiens en général, quelle que soit leur origine ethnique, s'entendent le mieux.

"Cela nous amène à parler du rôle que peut jouer le gouvernement fédéral relativement à l'assurance-maladie. Disons tout de suite que la compétence constitutionnelle en cette matière appartient à l'autorité provinciale. Il peut évidemment arriver que des provinces, pour des raisons qui leur sont propres et que nous respectons, préfèrent se reposer sur le gouvernement fédéral soit en s'inspirant de normes établies par ce gouvernement, soit en participant à un programme à frais partagés. On sait maintenant que le Québec n'a pas l'intention de procéder de cette façon.

"Le gouvernement fédéral peut toutefois faciliter aux provinces l'exercice de leurs pouvoirs constitutionnels, par exemple en corrigeant la répartition actuelle des sources de revenus au Canada. Ainsi, uniquement pour fins de discussion, disons qu'il pourrait libérer un certain nombre de points d'impôt sur le

revenu des particuliers ou sur les profits des sociétés en faveur des provinces désireuses d'établir chez elles un programme complet d'assurance-maladie. Nous ignorons, pour le moment, quelle serait la dimension de l'abattement fiscal en question, mais il pourrait fort bien représenter une partie du coût par province, disons la moitié, d'un programme d'assurance-maladie prévoyant les mêmes services que celui qui a été suggéré par la Commission royale d'enquête sur les services de santé.

"Si nous utilisons la recommandation de la Commission royale dans notre exemple, c'est qu'il s'agit là d'un programme comprenant un groupe de services que les citoyens du pays semblent désirer à l'heure actuelle. Cela toutefois n'exclut pas qu'on choisisse une autre base de calcul.

"Il serait entendu qu'en vertu d'un tel système de compensation fiscale, le gouvernement fédéral n'aurait pas à déterminer lui-même les normes administratives devant régir l'assurance-maladie, ni les services fournis, ni le mode de financement supplémentaire à être adopté par les provinces. L'abattement fiscal auquel nous référons ici serait consacré à l'assurance-maladie et deviendrait ainsi la contribution du gouvernement central à l'établissement de ce programme au Canada. Ce programme serait mis sur pied par les provinces qui croient pouvoir accepter cette responsabilité et fonctionnerait selon des normes déterminées par elles.

"On aura remarqué, dans ce qui précède, que, sauf notre désir d'instituer un programme provincial d'assurance-maladie au Québec, nos suggestions n'ont rien de définitif. Elles indiquent plutôt l'esprit qui nous guide en cette matière et doivent être tenues pour une contribution à la discussion dont l'assurance-maladie au Canada devra faire l'objet au cours des mois qui viennent. Par ailleurs, comme nous l'avons signalé au début de ce mémoire, il est essentiel d'attendre le résultat des travaux du Comité du régime fiscal avant de s'engager dans une direction aussi précise que le financement d'un régime complet d'assurance-maladie.

"Dans le même ordre d'idées, nous comprenons que la suggestion du ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social d'ajouter comme frais partageables entre les provinces et le gouvernement fédéral, le coût des soins médicaux aux indigents qui reçoivent des prestations en vertu des programmes d'assistance-chômage et d'assistance publique, est un palliatif d'ordre temporaire qui sera en fin de compte modifié par l'avènement proposé d'un régime général d'assurance-maladie. Nous tenons cependant à ce que cette décision ne prenne pas l'allure d'un précédent dont on voudra s'inspirer au moment de l'établissement de l'assurance-maladie elle-même.

"Ceci bien établi, le Québec est d'accord pour que le coût des soins médicaux fasse dorénavant partie de l'assistance-

chômage et de l'assistance publique; cela ne modifie en rien son attitude quant à la formule d'option contre compensation fiscale. En d'autres termes, la part fédérale des frais additionnels d'assistance-chômage et d'assistance publique applicable au paiement des soins médicaux pour les indigents se traduira par une addition à la compensation fiscale dont doit bénéficier le Québec".

(1)

Le communiqué de presse émis à l'issue de la Conférence des premiers ministres donne les grandes lignes des propositions fédérales relatives à l'assurance-maladie. Ce communiqué est ainsi conçu:

"Le premier ministre du Canada a soumis à la Conférence les principes de base dont le gouvernement fédéral entend s'inspirer pour collaborer avec les gouvernements provinciaux en vue de mettre tous les canadiens en mesure de bénéficier de l'assurance-santé. Le régime prévu comprendrait, au départ, tous les services assurés par les médecins, et s'appliquerait universellement; les gouvernements provinciaux en assumeraient la gestion et les services seraient assurés à tous les bénéficiaires se déplaçant d'une province à l'autre. Si les provinces acceptaient ces propositions, le gouvernement fédéral consentirait à assumer 50 p. 100 du coût national des programmes d'assurance-santé. On a aussi étudié la possibilité de créer une caisse fédérale d'aide à la santé qui permettrait d'intensifier les travaux de recherche et de formation essentiels à tout régime d'assurance-santé de la plus haute qualité.

"Il a été décidé que les ministres de la Santé se réuniraient au début du mois de septembre en vue de définir plus précisément la forme à donner à ce projet d'assurance-santé.

"Les provinces ont proposé que des dispositions soient prises relativement aux soins hospitaliers à donner aux malades mentaux et aux tuberculeux, dans les mêmes conditions financières que celles qui valent pour les autres services hospitaliers. Le gouvernement fédéral a convenu de prendre cette proposition en considération en même temps que d'autres questions d'ordre financier.

"La Conférence a examiné le Régime d'assistance publique du Canada en vertu duquel le gouvernement fédéral devra partager le coût de programmes complets d'assistance publique fondés sur les besoins des citoyens, y compris des dispositions provisoires quant aux soins médicaux à assurer aux bénéficiai-

---

(1) Déclaration de l'honorable Jean Lesage, C.P., C.R., L.L.D., Premier ministre, ministre des Finances et des Affaires fédérales-provinciales. Conférence fédérale-provinciale, Ottawa, le 19 juillet 1965.

res des prestations de bien-être". (1)

Conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé du 23 septembre 1965.

Une Conférence des ministres de la Santé fut tenue à Ottawa, le 23 septembre dernier, en vue de permettre aux ministres provinciaux de la Santé d'obtenir du gouvernement fédéral des éclaircissements sur ses propositions relatives à l'assurance-santé et à la caisse d'aide à la santé. Dans son allocution d'ouverture, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, s'est exprimé comme suit:

"Lors de la conférence fédérale-provinciale de juillet à laquelle quelques-uns d'entre vous avez assisté, le premier ministre a énoncé certaines propositions de base selon lesquelles le gouvernement fédéral collaborerait avec les provinces pour mettre les soins médicaux à la portée de tous les Canadiens, quel que soit leur état financier.

"A ce moment-là, ces propositions ont fait l'objet d'une discussion préliminaire entre les premiers ministres.

"On a alors décidé qu'après avoir été étudiées par les provinces, ces propositions seraient discutées plus en détail lors d'une réunion des ministres de la Santé.

"C'est la raison de la réunion d'aujourd'hui.

"Vous vous souviendrez qu'à la réunion de juillet le premier ministre a exposé quatre principes sur lesquels doit se fonder tout régime de soins médicaux.

"Premièrement, un régime doit offrir tous les services offerts par les médecins, tant les spécialistes que les omnipraticiens.

"Quelques exceptions possibles à cette règle comprendraient l'exclusion de la chirurgie esthétique facultative et des services prévus par d'autres lois.

"Deuxièmement, il faut viser à protéger tous les citoyens.

"Troisièmement, toute contribution fédérale ne saurait s'accorder qu'à un régime dont le gouvernement provincial assume la pleine responsabilité.

"Quatrièmement, tous les régimes doivent être pleinement

---

(1) Communiqué de la Conférence fédérale-provinciale, Ottawa, le 22 juillet 1965.

transférables d'une province à l'autre, ou pleinement portatifs, pour ceux qui préfèrent cette expression.

"Le premier ministre, en proposant cette assemblée, nous a chargés d'exprimer plus précisément ces principes, et tous autres sur lesquels on s'entend généralement. Dans ce cadre général, chaque province pourra sans doute établir le régime qui convient le mieux à sa population.

"A tout hasard, cette assemblée nous fournira l'occasion d'examiner ces critères simples, mais importants, et de les discuter en plus grand détail.

"L'offre qu'a faite le premier ministre était d'ordre fiscal. J'aimerais à répéter exactement ce qu'il a dit en juillet.

" Le gouvernement est prêt à assumer la responsabilité fiscale d'environ la moitié du coût national, par tête, des régimes d'assurance médicale, selon la définition proposée.

Nous estimons que cette moitié équivaldra à \$14 par tête en 1967".

"D'après les discussions qui ont eu lieu entre mes fonctionnaires et les vôtres, il semble exister un malentendu voulant que notre offre se limite à \$14, rien de plus. En vérité, le montant de \$14 représentait la meilleure estimation que nous ayons eue à notre disposition lors de la réunion de juillet. Ceux d'entre vous qui étaient présents à la réunion se souviendront que même ce chiffre a été mis en doute.

"Je tiens à préciser que nous avons l'intention de contribuer la moitié du coût national par tête des régimes d'assurance médicale, sur la base des meilleures estimations disponibles lors de leur mise en vigueur. Si vous avez encore quelque crainte à ce sujet, permettez-moi d'ajouter que, s'il devient évident que ces premières estimations ont besoin d'être révisées, nous les modifierons de façon rétroactive, au besoin.

"Dans sa déclaration de juillet, le premier ministre a également dit que l'adoption d'un régime d'assurance médicale exige aussi la création de moyens de formation d'un personnel spécialisé en matière d'hygiène afin de répondre aux besoins accrus de services.

"Le premier ministre a dit que le gouvernement fédéral est prêt à créer une caisse d'aide à la santé pour aider à prévoir les ressources nécessaires.

"Nous travaillons depuis quelque temps à donner un corps à cette proposition, du moins en ce qui concerne les genres

d'installations à prévoir, la somme d'argent que nous devons demander au Parlement et la durée d'existence d'une telle caisse. Je vous dirai toutefois que nous n'en avons pas encore précisé tous les détails étant donné que nous vous avons demandé d'estimer vos besoins. J'espère bien que nous pourrions nous entendre sur ces détails grâce à des consultations entre vous-mêmes et avec d'autres organismes extra-gouvernementaux.

"Ailleurs, le premier ministre fait en ce moment l'annonce suivante:

" Lors de la conférence fédérale-provinciale de juillet dernier, j'ai annoncé que le gouvernement se proposait de créer une caisse d'aide à la santé qui compléterait ses propositions d'assurance médicale.

Cette caisse aiderait à la construction et à l'aménagement d'installations de recherches et la formation sanitaires. Le gouvernement fédéral aiderait ainsi les provinces à améliorer la qualité des soins médicaux dont disposent les Canadiens.

Après avoir écouté les points de vue des provinces à la conférence de juillet, le gouvernement fédéral a songé à fixer l'importance de la Caisse. Puisque le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social rencontre aujourd'hui et demain les ministres provinciaux de la Santé afin d'élucider ces questions, j'ai le plaisir de vous annoncer que le gouvernement a décidé d'affecter \$500 millions à cette Caisse.

Nous proposons que la Caisse en question entre en vigueur le 1er janvier prochain. Puisqu'il faudra de longs préparatifs pour le genre de projets qu'elle aidera à financer, les ressources de la Caisse seront disponibles pendant quinze ans. C'est dire qu'environ \$33 millions en moyenne seront disponibles chaque année aux fins du régime.

Le but fondamental de cette caisse est d'aider à former le personnel spécialisé plus nombreux qu'exigeront les services prévus par l'assurance médicale. Grâce à elle, des subventions fédérales importantes seront disponibles pour la construction, la rénovation et l'aménagement d'établissements de recherches, d'hôpitaux d'enseignement, d'écoles de médecine et d'instituts de formation pour le nouveau

personnel sanitaire. Les subventions provenant de la Caisse ne pourront pas servir à défrayer le coût d'administration de ces établissements.

Bien que le gouvernement soit prêt à fournir des fonds pour ce régime, leur distribution exigera nécessairement de nombreuses consultations avec les provinces qui sont responsables des dits établissements. A cette fin, nous proposons la création d'un groupe consultatif spécial qui conseillerait le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur la gestion de la Caisse. J'espère que la conférence actuelle des ministres de la santé pourra se prononcer sur la création d'un corps consultatif de ce genre.

Le gouvernement est persuadé que la création de la Caisse d'aide à la santé, au montant de \$500 millions, le 1er janvier prochain, marquera un pas important vers la consolidation graduelle des ressources et du personnel de l'assurance médicale. Le gouvernement espère qu'au cours de la conférence de cette semaine, les provinces conviendront d'établir au plus tôt des régimes d'assurance médicale conformes aux principes que j'ai énoncés lors de la dernière conférence fédérale-provinciale".

La Conférence de septembre 1965 des ministres de la Santé, après avoir obtenu, dans une certaine mesure, la clarification relative des propositions fédérales, a approuvé une recommandation fédérale suggérant la formation d'un comité technique "ad hoc" au sujet de la caisse d'aide à la santé, les termes de référence de ce comité étant les suivants:

"1. On a proposé d'instituer immédiatement un comité technique "ad hoc" dans le but de:

- a) évaluer les besoins immédiats et prévisibles en fait d'institutions de recherches pour la santé, d'écoles de médecine, d'hôpitaux d'enseignement, d'écoles d'art dentaire, d'écoles d'infirmières, ainsi que pour la formation d'autre personnel sanitaire.
- b) à la lumière de ces prévisions, faire des recommandations au sujet de la distribution régionale qui servira à l'allocation des fonds par l'intermédiaire des gouvernements provinciaux.

c) faire des propositions quant à la méthode de distribuer les fonds tout en assurant le degré voulu de consultation.

2. On a suggéré que le comité technique "ad hoc" se compose des représentants suivants:

Provinces	un de chaque province
Association des Ecoles de Médecine du Canada	1
Association Médicale Canadienne	2
Association des Médecins de Langue Française	1
Association Dentaire du Canada	1
Association des Infirmières Canadiennes	1
Association des Hôpitaux du Canada	1
Conseil de Recherches médicales du Canada	1
Fédéraux	<u>3</u>
	21

3. Ce comité "ad hoc" devra faire rapport le plus tôt possible au président de la Conférence des ministres de la Santé.

4. Les recommandations de ce comité "ad hoc" seront ensuite discutées par une conférence des ministres de la Santé qui sera tenue aussitôt que possible." (1)

A la demande du Québec, il fut convenu que ce comité ferait rapport, non pas au ministre fédéral de la Santé comme tel, mais bien plutôt à ce dernier en sa qualité de président de la Conférence des ministres de la Santé. Il s'agissait là d'une distinction importante indiquant clairement que les ministres provinciaux de la Santé ne reconnaissaient pas l'autorité du ministre fédéral de la Santé pour recevoir un rapport de ses collègues provinciaux.

Le comité technique "ad hoc" s'est réuni les 21 et 22 octobre 1965; mais, la Conférence des ministres de la Santé n'a pas

(1) Document de la Conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé, Ottawa, le 24 septembre 1965.

encore tenu de réunion pour l'étude du rapport de ce comité.

Avant de s'ajourner, la Conférence des ministres de la Santé de septembre 1965 a convenu de se réunir à nouveau, le plus tôt possible, pour examiner la question de la transférabilité des régimes d'assurance-santé entre provinces du Canada.

Conférence interprovinciale des ministres de la Santé du 22 novembre 1965

Les ministres de la Santé se sont donc réunis de nouveau, à Winnipeg, le 22 novembre dernier.

Dans le communiqué de presse remis au terme de la Conférence, il est dit en substance ce qui suit:

"Les ministres ont accepté le principe de la transférabilité entre les provinces et ont défini à cette fin une protection de base qui constituerait en quelque sorte un dénominateur commun aux fins de la transférabilité."

En plus d'adopter une résolution recommandant au Gouvernement fédéral d'inclure les hôpitaux pour malades mentaux et pour tuberculeux dans le régime d'hospitalisation, "les ministres présents à la conférence ont noté que leurs discussions n'engageaient pas leur gouvernement respectif à participer au régime fédéral."

Ce court chapitre fournit simplement un rapide aperçu des discussions officielles entre Ottawa et Québec sur le double sujet des soins médicaux aux récipiendaires d'allocations sociales et de l'assurance-maladie pour l'ensemble de la population.

Nous avons cru opportun, au moment où le Québec se penche sur le problème de la santé publique et se préoccupe d'y apporter un autre élément de solution au moyen de l'assurance-maladie, de rappeler les propositions fédérales et l'attitude provinciale à leur égard, en cette matière.

### CHAPITRE III

#### LOIS DES HOPITAUX ET DE DIVERSES PROFESSIONS

L'assurance-hospitalisation en rendant les soins hospitaliers accessibles à la population de la province, a exercé une influence considérable sur les hôpitaux et sur la pratique de certaines professions dans les hôpitaux. Par la suite, la Loi des hôpitaux a profondément modifié la structure administrative des hôpitaux et on peut prévoir que l'application des règlements de cette loi affectera l'exercice de certaines professions au sein de l'hôpital.

L'instauration d'un régime d'assurance-maladie couvrant éventuellement la totalité des services médicaux, exercera une certaine influence sur les hôpitaux et la profession médicale elle-même. Si par ailleurs les avantages d'un tel régime sont étendus pour comprendre par exemple les prestations pharmaceutiques et les soins dentaires, il est possible que la pratique des professions intéressées en soit affectée.

Nous croyons utile en regard de ce qui précède, de présenter une courte étude de la Loi des hôpitaux et de la loi organique de chacun des trois corps professionnels qui seront affectés par l'instauration d'un régime d'assurance-maladie, les médecins, les dentistes et les pharmaciens. A cause de la nature de notre mandat, cette étude est strictement descriptive.

Une autre réalité dont il faudra tenir compte lors de l'instauration de tout régime d'assurance-maladie, c'est l'existence du syndicalisme au sein de la profession médicale. Nous terminerons donc ce chapitre en traitant brièvement de cette question.

LOI DES HOPITAUX

(Statuts Refondus 1964, chap. 164)  
Amendée 1965 14 Elizabeth II chap. 74.

Application

La loi s'applique à tous les établissements répondant à la définition suivante:

HOPITAL: Un établissement où l'on reçoit des personnes pour fins de diagnostic, de traitement médical ou chirurgical ou de convalescence, à l'exclusion toutefois d'un cabinet de médecin ou de dentiste et d'une infirmerie où une institution religieuse ou d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves (par. "a", art. 1).

Exception

Les seuls hôpitaux qui ne sont pas soumis à la loi sont ceux régis par la Loi des institutions pour malades mentaux (Statuts Refondus 1964, chap. 166) (art. 2).

Etablissement d'un hôpital

La loi décrète que quiconque désire établir, transformer, agrandir ou cesser d'exploiter un hôpital, doit obtenir pour ce faire l'autorisation du lieutenant-gouverneur en conseil (art. 3).

Qui peut être propriétaire d'un hôpital?a) hôpital public

Tout hôpital public qui n'est pas la propriété de Sa Majesté, doit être la propriété d'une corporation n'ayant pas d'autre objet que celui de maintenir cet hôpital.

Dans le cas d'un hôpital appartenant à Sa Majesté, seule une telle corporation peut être locataire, concessionnaire ou administratrice (art. 5).

b) hôpital privé

Toute personne ou corporation.

Dans les deux cas, les propriétaires doivent remplir les prescriptions de l'article 3 (autorisation du lieutenant-gouverneur en conseil) et de l'article 13 (permis).

### Qui peut administrer un hôpital public?

La loi décrète que toute corporation qui maintient un hôpital public doit avoir un conseil d'administration ayant autorité complète sur la gestion de l'hôpital (art. 7).

Ce conseil d'administration doit être formé selon les règles suivantes:

- a) Il doit compter un médecin délégué par le bureau médical.
- b) En plus du délégué du bureau médical, pas plus du tiers de ses membres peuvent être choisis parmi les personnes attachées à l'hôpital à titre de médecin ou chirurgien dentiste.
- c) Pas plus du tiers ne peuvent être choisis parmi les personnes employées par l'hôpital.
- d) Aucun des autres membres ne peut être choisi parmi les parents ou alliés jusqu'au degré de cousin germain, des membres visés à b et à c.
- e) Le président ne peut être choisi parmi les personnes visées à b et à c (art. 7).

### Bureau médical

Il doit être constitué pour chaque hôpital un bureau médical qui est responsable des soins médicaux et de l'organisation scientifique de l'hôpital vis-à-vis du conseil d'administration ou s'il s'agit d'un hôpital privé, vis-à-vis du propriétaire.

Le directeur médical de l'hôpital ou son représentant fait partie du comité exécutif du bureau médical (art. 9).

Cette disposition assure une meilleure coordination entre l'administration et le bureau médical au même titre que la nomination du délégué du bureau médical au Conseil d'administration.

### Conflits

Le législateur a prévu un mécanisme pour régler tout conflit qui peut survenir entre le Conseil d'administration et le comité exécutif du bureau médical d'un hôpital public sur une question médicale ou scientifique, y compris la nomination, la réinstallation ou le congédiement de personnel médical (art. 11).

### Rémunération des membres du conseil d'administration

Un membre de conseil d'administration ne doit retirer aucun avantage ou rémunération en rapport avec cette fonction (art. 12).

Permis

Toute personne ou corporation qui désire exploiter un hôpital doit obtenir du ministre un permis à cet effet. Ce permis est donné pour une période de 12 mois se terminant le 31 décembre de chaque année et est révoqué par le lieutenant-gouverneur en conseil pour toute cause qu'il juge valable (art. 13).

Enquête

Le lieutenant-gouverneur en conseil peut désigner une personne pour faire enquête sur quelque matière se rapportant à l'administration ou au fonctionnement d'un hôpital (art. 16).

Le lieutenant-gouverneur en conseil peut suspendre les pouvoirs du conseil d'administration et nommer un administrateur pour en exercer les pouvoirs dans les cas où une enquête est ordonnée en vertu de l'article 16 (art. 17) (C'est ce qui a été fait par exemple dans le cas de l'Institut Albert Prévost).

Renonciation de responsabilité

Il est défendu à tout directeur d'hôpital, à ses préposés et à tout médecin de requérir d'un patient ou de ses représentants une renonciation à la responsabilité résultant de son hospitalisation, d'examen médicaux, de traitements ou d'interventions chirurgicales.

Si une telle renonciation est donnée, elle est nulle (art. 19).

Il ne faut pas confondre ici avec l'autorisation de traitement. Cette autorisation est légale pourvu évidemment qu'elle ne contienne pas une renonciation de responsabilité.

Règlements

Le pouvoir de faire des règlements concernant l'aspect médical et scientifique a d'abord été donné au bureau provincial de médecine en collaboration avec le conseil d'administration des deux associations d'hôpitaux de la province (art. 20).

Cette disposition a été amendée en 1965 pour permettre au lieutenant-gouverneur en conseil de faire lui-même ces règlements (14 Elizabeth II chap. 74).

Le pouvoir de faire des règlements concernant l'aspect administratif a été donné au lieutenant-gouverneur en conseil (art. 21).

Sanctions

Une pénalité est prévue pour quiconque enfreint la loi

(art. 23).

### Expropriation

Le lieutenant-gouverneur en conseil peut autoriser le ministre à exproprier tout hôpital dont le permis est annulé et tout hôpital au sujet duquel on ne se serait pas conformé à l'article 5 dans l'année suivant l'entrée en vigueur de la loi (art. 24).

Tel que mentionné plus haut, l'article 5 décrète qu'un hôpital public qui n'est pas la propriété de Sa Majesté, doit être la propriété d'une corporation n'ayant pas d'autre objet que celui de maintenir cet hôpital.

LOI MEDICALE

Statuts Refondus 1964 chap. 249

Toutes les personnes résidant dans la province, autorisées à exercer la médecine, la chirurgie et l'obstétrique et qui sont enregistrées en vertu de la présente loi, sont membres d'une corporation qui a pour nom: "Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec".

Administration

Les affaires du Collège sont régies par un bureau de gouverneurs appelé "Le Bureau provincial de médecine". Ce bureau est composé de 22 membres élus pour quatre ans. Pour les fins d'élection des gouverneurs, la province est divisée en 18 districts. Chaque gouverneur représente un district et doit avoir son bureau dans le district qu'il représente et être élu par les membres ayant aussi leur bureau dans ce district.

Les quatre autres gouverneurs sont élus par les quatre facultés de médecine de la province.

Pouvoirs

Le Bureau provincial de médecine a le pouvoir de faire, abroger ou modifier et mettre à exécution des règlements concernant le bon gouvernement et la prospérité du Collège et de ses membres et concernant toutes les matières qui intéressent et affectent ou pourront affecter ou intéresser le Collège, pourvu toutefois que ces règlements ne soient pas incompatibles avec les lois de cette province ni avec celles du Canada.

Le Bureau a aussi autorité pour régler l'admission à l'étude et à l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique, et l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique; définir le mode et le programme des examens des aspirants à l'étude et à l'exercice de la profession, ainsi que les qualités requises des candidats en sus de celles spécifiées ci-après, et pour définir par règlement ce qui constitue les actes dérogatoires à l'honneur et à la dignité professionnels, un tel règlement devenant en force quinze jours après sa ratification par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Officiers

Le personnel des officiers du Collège comprend: un président, trois vice-présidents et un registraire. Le registraire est l'officier plus spécialement chargé de l'administration.

Il a la garde du registre médical, il doit tenir un ca-

hier où sont inscrits les noms, prénoms, date de naissance et domicile de tous ceux qui ont obtenu du Bureau provincial de médecine, un permis d'exercice, il perçoit les sommes dues au Collège, paie les comptes, est chargé sous la direction du président, de la mise à exécution des dispositions de la Loi médicale et des règlements du Bureau provincial de médecine.

#### Admission à l'étude ou à la pratique

Nul ne peut être admis à l'étude de la médecine sans avoir obtenu un certificat de compétence du Bureau provincial de médecine.

Toute personne qui désire être admise à l'étude de la médecine ou si elle est médecin, désire pratiquer la médecine, doit obtenir l'autorisation du Collège. En plus d'avoir satisfait à toutes les exigences, telles que études, bonne conduite, paiement des honoraires, etc., une telle personne doit être citoyen canadien.

#### Etudes

La durée du cours de médecine est fixée à 5 ans par la loi et les matières enseignées sont aussi énumérées dans la loi.

Pour faire subir des examens aux aspirants à l'exercice, il a été créé un Bureau médical d'examineurs composé pour les deux tiers de professeurs des facultés de médecine de la province et pour un tiers, de représentants du Collège.

#### Pouvoir d'enquête

En tout temps, le comité exécutif du Bureau provincial de médecine a le droit de tenir une enquête sur toute matière ayant trait à la déontologie médicale, la discipline de ses membres ou l'honneur et la dignité de la profession.

Aux fins de cette enquête, le comité délègue un membre du Collège qui a le droit d'obtenir de tout médecin, hôpital ou patient tous les renseignements qu'il juge utiles sans qu'aucun d'eux ne puisse invoquer le secret professionnel.

S'il y a refus de répondre ou d'exhiber un document touchant l'enquête, le Collège, peut obtenir sur requête dûment signifiée à l'intéressé une ordonnance de la Cour Supérieure équivalant à une ordonnance de mépris de cour (art. 61).

Nous avons cru nécessaire de donner cet article en entier car il donne au comité exécutif du Bureau provincial de médecine et au Collège des pouvoirs d'enquête très étendus sur les matières énumérées. Ce pouvoir s'étend même à l'hôpital.

### Conseil de discipline

Le Collège a un conseil de discipline composé de trois membres choisis par les gouverneurs parmi les membres qui ne font pas partie du Bureau provincial de médecine. Ce conseil a des pouvoirs très étendus et peut imposer des peines disciplinaires allant jusqu'à la destitution de membre du Collège.

### Droit d'appel

Certaines décisions de ce conseil, par exemple celles comportant la destitution ou la suspension, sont susceptibles d'appel auprès d'un comité du Bureau provincial de médecine.

### Différentes classes de médecins

Le Bureau provincial de médecine a le pouvoir de faire des règlements pour définir les différentes classes de médecins spécialistes, déterminer les qualifications requises pour être reconnu comme spécialiste, arrêter le mode de nomination des spécialistes ainsi que la procédure à suivre pour obtenir cette nomination et en prévoir la révocation, déterminer des titres ou désignations qui pourront être employés par les différentes catégories de spécialistes et en interdire l'emploi par tout médecin non pourvu d'un certificat de spécialiste, exiger des honoraires pour la passation des examens requis, l'enregistrement et le certificat de spécialiste.

LOI DES DENTISTES

## Statuts Refondus 1964 chap. 253

Toutes les personnes autorisées par la loi à exercer la profession de chirurgien-dentiste dans la province de Québec, qui sont porteurs d'un certificat de licencié en chirurgie dentaire dans cette province et qui sont inscrites comme telles en vertu de la Loi des dentistes, sont constituées en corporation sous le nom de "Le Collège des chirurgiens-dentistes de la province de Québec".

Administration

Les affaires du Collège sont régies par un bureau de gouverneurs désigné sous le nom de "Bureau provincial de chirurgie dentaire".

Pour les fins d'élection des gouverneurs, la province est divisée en onze districts qui élisent un nombre total de trente-deux gouverneurs. Un gouverneur qui représente un district, doit être élu par les membres ayant leur bureau dans ce district. Chacune des facultés dentaires élit un gouverneur. Tous les gouverneurs sont élus pour quatre ans.

Le Bureau provincial de chirurgie dentaire a le pouvoir de faire, abroger ou amender et mettre à exécution des règlements concernant le bon gouvernement et le bien-être du Collège et de ses membres et toutes les matières qui intéressent et affectent ou pourront affecter ou intéresser le Collège, pourvu toutefois que ces règlements ne soient pas incompatibles avec les lois de la province ni avec celles du Canada.

Le Bureau a aussi autorité pour

a) réglementer l'admission à l'étude et à l'exercice de la chirurgie dentaire, définir le mode et le programme des examens des aspirants à l'étude et à l'exercice de la profession ainsi que les qualités requises des candidats.

b) déterminer les conditions d'hygiène qui doivent régner dans les bureaux des chirurgiens-dentistes, inspecter ces bureaux afin d'y faire observer telles conditions d'hygiène et prescrire toute mesure qu'il juge opportune pour la protection du public.

Officiers

Les officiers du Collège sont

- 1.- Le président sortant de charge
- 2.- Le président

- 3.- Deux vice-présidents
- 4.- Un registraire et un assistant registraire.

Le registraire est l'officier plus spécialement chargé de l'administration. Il a la garde du registre des chirurgiens-dentistes, perçoit les sommes dues au Collège, paie les comptes, est chargé avec le comité exécutif et sous la direction du président, de la mise à exécution des dispositions de la Loi des dentistes ainsi que des règlements.

#### Admission à l'étude et à l'exercice

Nul ne peut être admis à l'étude de la chirurgie dentaire à moins d'avoir obtenu un certificat de compétence du Bureau provincial de chirurgie dentaire.

Toute personne qui désire être admise à l'étude de la chirurgie dentaire ou si elle est dentiste désire pratiquer la chirurgie dentaire, doit obtenir l'autorisation du Collège. En plus d'avoir satisfait à toutes les exigences, telles que études, bonne conduite, paiement des honoraires, etc., une telle personne doit être citoyen canadien ou avoir été admise comme résident permanent du Canada et avoir signé une déclaration attestant son intention de devenir citoyen canadien.

La durée des études est fixée à quatre ans et le Bureau provincial de chirurgie dentaire peut après consultation avec les universités, fixer par règlement les matières du cours de chirurgie dentaire.

#### Conseil de discipline

Dans le but de faire observer les règlements du Bureau provincial de chirurgie dentaire ainsi que les règles de la déontologie dentaire, un conseil de discipline a été créé. Ce conseil est composé de trois membres ayant au moins dix années de pratique. Ces membres, choisis parmi les membres du Collège sont désignés par le Bureau provincial de chirurgie dentaire et restent en office jusqu'à ce qu'ils soient remplacés.

#### Peines disciplinaires

Les pouvoirs du conseil de discipline sont très étendus et les peines disciplinaires imposées peuvent aller jusqu'à la suspension de l'exercice de la profession ou la destitution de membre du Collège.

#### Appel

Il peut y avoir appel des décisions du conseil de discipline au Bureau provincial de chirurgie dentaire, mais seulement dans le cas où il apparaît à la face même de la plainte, de la décision ou de la sentence, que l'acte en raison duquel la sen-

tence a été rendue, n'est pas dérogoire.

### Pratique illégale

La Loi des chirurgiens-dentistes prévoit des peines sévères pour quiconque pratique la chirurgie dentaire illégalement.

### Ordonnances

Tout dentiste est tenu sous peine de sanction, de garder pendant douze mois copie des ordonnances qu'il signe.

### Plusieurs bureaux

Il est défendu à tout licencié de tenir ouvert plus d'un bureau de dentiste ou de chirurgien-dentiste, à moins que chaque bureau additionnel ne soit sous le contrôle et la surveillance immédiate d'un chirurgien-dentiste licencié inscrit dans cette province.

### Médecin

Un médecin ou chirurgien, légalement licencié en vertu des lois de la province et autorisé à pratiquer comme tel, qui désire exercer la profession de chirurgien-dentiste et se faire connaître publiquement comme tel, est tenu d'obtenir au préalable une licence du Bureau provincial de chirurgie dentaire. Pour obtenir cette licence, il doit se soumettre à un examen sur la partie prothétique et opératoire de la chirurgie dentaire et payer l'honoraire requis.

LOI DE PHARMACIE

Statuts Refondus 1964 chap. 255

Les personnes inscrites comme licenciées en pharmacie dans la province sont membres d'une corporation appelée "Collège des pharmaciens de la province de Québec".

La loi qui régit la pharmacie s'appelle "Loi de Pharmacie de Québec" Statuts Refondus 1964 chap. 255.

Administration

Les affaires du Collège sont administrées par un conseil de gouverneurs choisis parmi les licenciés en pharmacie résidant et domiciliés dans la province. Pour les fins d'élection la province a été divisée en plusieurs districts et chaque district élit un ou plusieurs gouverneurs.

Le conseil du Collège a le pouvoir de faire les règlements qu'il juge à propos et nécessaires à l'accomplissement des fins prévues par la présente loi, d'élire un exécutif, de nommer autant de commissions permanentes ou spéciales qu'il juge nécessaires, de faire des règlements pour le maintien de l'honneur, de la dignité et de la discipline des membres, de connaître par voie d'appel de toute décision du Bureau de discipline, d'établir, modifier et remplacer des tarifs d'honoraires pour les actes professionnels relatifs aux ordonnances ou prescriptions, de réglementer la publicité professionnelle des personnes inscrites suivant la loi, de réglementer la tenue d'une pharmacie, etc....

Remarque

Bien qu'il ait des pouvoirs étendus, le conseil du Collège n'est pas autorisé à réglementer ni contrôler les prix des drogues et des poisons, ni les conditions de paiement de tels prix.

Admission à l'étude

Tout candidat qui désire être admis à l'étude de la pharmacie doit produire une preuve de bonne conduite, une preuve de scolarité, payer les honoraires et il doit de plus être citoyen canadien.

Les études en pharmacie doivent être faites dans une université reconnue par le Collège et la durée en est déterminée par la loi. Il en va de même pour la durée du stage que doit faire tout étudiant avant de devenir assistant pharmacien et tout assistant pharmacien avant de devenir licencié en pharmacie.

## Examens

Alors que dans la Loi médicale il a été prévu un bureau d'examineurs composé pour les deux tiers de professeurs d'université et pour un tiers de membres du Collège, dans la Loi de pharmacie, il a été prévu que le bureau des examineurs doit être nommé par le conseil et se composer de personnes qu'il juge compétentes.

Les officiers élus parmi les gouverneurs sont: Un président, deux vice-présidents, un trésorier et un assistant trésorier. Ces officiers constituent le comité exécutif du Collège.

## Secrétaire registraire

Le secrétaire registraire est nommé par le conseil du Collège et demeure en charge jusqu'à ce qu'il soit renvoyé pour des raisons considérées suffisantes par la majorité de tout le conseil.

Il agit comme secrétaire aux assemblées du Collège et du conseil, tient les registres nécessaires. Il a de plus le pouvoir de visiter et d'inspecter en tout temps les pharmacies tenues en cette province, afin de constater si elles sont tenues conformément aux dispositions de la présente loi et selon les règles de l'hygiène.

## Cotisation et permis

Les personnes inscrites conformément aux dispositions de la présente loi doivent payer annuellement les cotisations établies par règlement.

Les propriétaires de pharmacies doivent payer annuellement un permis d'opération pour chaque pharmacie.

## Qui peut être propriétaire d'une pharmacie?

Toute pharmacie doit être la véritable propriété d'un licencié en pharmacie ou d'un médecin régulièrement inscrit.

Il y a trois exceptions à cette règle:

a) Au cas de décès d'un pharmacien ou d'un médecin exerçant légalement lors de son décès la profession de pharmacien, l'héritier, le légataire, l'exécuteur testamentaire ou le fiduciaire de la succession de cette personne, peut continuer les affaires en les plaçant sous la surveillance personnelle d'un licencié en pharmacie inscrit conformément aux dispositions de la loi. Si le pharmacien ou le médecin a commencé à tenir pharmacie après le 1er janvier 1965, ce droit ne peut être exercé que pendant une période de dix années suivant le décès.

b) Le curateur d'un pharmacien ou d'un médecin exerçant légalement la profession de pharmacien qui a été interdit ou interné dans un asile d'aliénés, peut continuer les affaires de celui-ci en les plaçant sous la surveillance personnelle d'un licencié en pharmacie inscrit conformément aux dispositions de la loi.

c) Au cas de cession de biens, de cession autorisée ou de faillite de tout pharmacien ou de médecin, exerçant légalement la profession de pharmacien, le gardien provisoire, séquestre intérimaire, curateur ou syndic, peut, jusqu'à ce que la liquidation soit close, continuer les affaires en plaçant en charge de la pharmacie un licencié en pharmacie inscrit conformément aux dispositions de la loi et ce pour une période de pas plus d'un an.

#### Droit des médecins de tenir pharmacie

Tout médecin inscrit comme membre du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec peut, sans préjudice des privilèges qu'il possède comme médecin, tenir une pharmacie dans une municipalité où il n'en est pas tenu par un pharmacien lorsqu'il commence à la tenir, pourvu qu'il paie la cotisation et le permis d'opération exigés d'un licencié en pharmacie. Ce médecin est alors réputé membre du Collège des pharmaciens de la province de Québec et il est comme tel soumis aux dispositions de la présente loi et des règlements du conseil, mais il ne peut voter, ni être éligible au conseil du Collège, ni à aucune charge.

#### Exercice limité

Nonobstant les dispositions de la présente loi, dans l'Ile de Montréal, dans la cité de Québec et dans un rayon de cinq milles de leurs limites, et dans toute cité ou ville de plus de 7,000 âmes, seul un licencié en pharmacie peut exercer la profession de pharmacien.

Le présent article ne s'applique pas aux médecins inscrits exerçant la profession de pharmacien le 26 février 1953, ni aux médecins inscrits exerçant cette profession le 1er juillet 1964 dans une cité ou ville dont la population lors de leur inscription était de moins de 20,000 âmes, ni aux médecins inscrits exerçant cette profession dans une cité ou ville dont la population lors de leur inscription était de moins de 7,000 âmes.

#### Nombre de pharmacies par pharmaciens

Nul ne peut tenir plus d'une pharmacie dans une cité ou ville dont la population est de moins de 50,000 âmes. Nul ne peut tenir plus de trois pharmacies. Cette disposition n'atteint pas celui qui le 1er mai 1964 tenait plus de pharmacies que le nombre permis par le présent article, mais il ne peut en

tenir un plus grand nombre.

Un immeuble acquis par un pharmacien qui avait, avant le 1er mai 1964, donné un contrat pour les transformations requises en vue d'y tenir une pharmacie, est compté, pour les fins du présent article, comme une pharmacie tenue par lui à cette date.

Toute pharmacie ou succursale doit être sous la surveillance personnelle d'un licencié en pharmacie. Ce dernier est responsable de cette pharmacie au même titre que le propriétaire et est soumis aux mêmes formalités d'inscription.

#### Bureau de discipline

Dans le but de faire observer les règlements du Collège, ainsi que les règles de la déontologie pharmaceutique, il a été créé un Bureau de discipline.

Ce Bureau est composé de sept membres dont le président du conseil du Collège et six membres nommés par le conseil du Collège.

Ce Bureau a des pouvoirs très étendus et peut imposer des peines allant jusqu'à l'interdiction de tenir pharmacie et la radiation de l'inscription de la personne trouvée coupable.

#### Droit d'appel

Toute partie qui se croit lésée par la décision du Bureau de discipline peut en appeler au conseil du Collège dans les 15 jours de cette décision.

#### Privilèges de certaines professions

Sauf disposition expresse au contraire, rien de contenu dans la présente loi ne peut affecter les privilèges conférés aux médecins et aux dentistes par les lois concernant l'exercice desdites professions dans cette province, ni le commerce de marchands de drogues en gros, ni celui des marchands d'articles pour photographes, dans le cours ordinaire du commerce en gros, ni les fabricants de préparations chimiques, ni les médecins vétérinaires régulièrement licenciés, ni les chimistes professionnels dans l'exercice de leurs professions ou états, à moins que les drogues ou poisons visés par la présente loi ne soient vendus pour des fins thérapeutiques.

#### Cas d'exemptions

La présente loi ne s'applique pas:

1) aux institutions de charité qui logent et gardent des malades, des indigents, des orphelins ou des vieillards, pour les drogues qu'elles leur distribuent, pourvu qu'il y ait un médecin

ou un pharmacien attaché à ces institutions.

2) aux postes d'infirmières établis ou subventionnés par le ministère de la Santé dans des localités dépourvues de médecin.

3) aux dispensaires et aux hôpitaux.

Un hôpital ne peut toutefois fournir des drogues et poisons qu'aux patients hospitalisés ou sous traitement à cet hôpital. Le licencié en pharmacie, l'assistant pharmacien et l'étudiant en pharmacie à l'emploi d'un dispensaire ou d'un hôpital sont soumis à la Loi de la pharmacie et à la juridiction du conseil et de son bureau de discipline.

### LE SYNDICALISME AU SEIN DE LA PROFESSION MEDICALE

Nous avons assisté depuis quelques années à une évolution au sein de la profession médicale. Depuis plus d'un siècle, les médecins s'étaient occupé individuellement de leurs intérêts, s'en reportant au Collège de façon exceptionnelle et seulement lorsque les intérêts de tout un groupe étaient en jeu. Il y eut bien quelques syndicats au sein de certaines spécialités, mais leur activité avait un caractère beaucoup plus professionnel que syndical.

Il a fallu l'avènement de l'assurance-hospitalisation, alors que certains groupes de spécialistes ont dû discuter avec le gouvernement, pour que les médecins réalisent que le Collège n'était peut-être pas l'organisme le mieux placé pour défendre leurs intérêts. On a alors assisté à une montée en flèche du syndicalisme et aujourd'hui il y a deux grandes fédérations, soit la Fédération des omnipraticiens et la Fédération des spécialistes. Ces deux fédérations groupent un nombre considérable de syndicats.

Dans l'esprit des médecins, la naissance des syndicats n'a pas eu pour effet de diminuer l'autorité du Collège mais bien, de la situer dans un contexte plus précis, soit celui de la santé publique et de l'éthique professionnelle.

CHAPITRE IVAUTRES LOIS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

A titre de référence nous énumérons les principales lois existant dans le domaine de la santé. L'administration de la plupart de ces lois a été confiée au ministère de la Santé. Dans deux cas toutefois, l'administration a été confiée pour partie au ministère de la Santé et pour partie au ministère de la Famille et du Bien-être social.

Pour certaines lois, nous décrivons très brièvement l'organisme chargé plus spécialement au sein du ministère de la Santé, de sa mise en application.

L'énumération de ces organismes constitue un éventail incomplet des services fournis par le ministère de la Santé. On pourrait encore mentionner par exemple, le service de l'épidémiologie, le service de santé d'urgence, etc.

a) Loi du ministère de la Santé. S.R.Q. 1964, ch. 160

b) Loi de l'hygiène publique. S.R.Q. 1964, ch. 161

Règlements adoptés sous cette loi:

- a) Ch. I - sur la prophylaxie des maladies contagieuses de l'homme.
- b) Ch. II - sur les maladies vénériennes.
- c) Ch. III - sur la viande de cheval.
- d) Ch. IV - sur l'eau de puits, glace, aliments.
- e) Ch. V - sur la boulangerie et établissements similaires.
- f) Ch. VI - sur le lait et les produits laitiers.
- g) Ch. VII - sur l'habitation en général.
- h) Ch. VIII - sur la salubrité dans les endroits publics.
- i) Ch. IX - sur les hôpitaux privés.
- j) Ch. X - sur les établissements hospitaliers et les devoirs des particuliers qui prennent charge d'un enfant.

- k) Ch. XI - sur les établissements industriels.
- l) Ch. XII - sur les conditions sanitaires des campements industriels ou autres.
- m) Ch. XIII - sur les matières de vidanges, déchets, détritrus et nuisances.
- n) Ch. XIV - sur les lieux d'aisances, puisards à eaux sales, égoûts.
- o) Ch. XV - sur les renardières domestiques, porcheries, étables, écuries, cours et fumiers.
- p) Ch. XVI - sur les abattoirs et autres établissements où l'on emmagasine des matières putrescibles.
- q) Ch. XVII - sur les salons de coiffure.
- r) Ch. XVIII - sur les embaumeurs et embaumement des cadavres humains.
- s) Ch. XIX - sur les conserves de viande.
- t) Ch. XX - sur les pénalités pour infractions.
- u) Ch. XXI - sur les animaux morts ou incurables.

Les principales divisions au sein du ministère chargées de la mise en application de la Loi de l'hygiène publique sont:

1- Génie sanitaire et hygiène industrielle.

objet: L'emploi d'un personnel technique en vue d'assurer l'approvisionnement d'une eau de bonne qualité, le contrôle de toutes formes de pollution d'air et d'eau, le contrôle des conditions de salubrité dans les campements forestiers ou industriels, l'établissement dans les industries de conditions de travail acceptables au point de vue hygiène ainsi que la détermination des conditions de salubrité dans les établissements où l'on emploie des substances ou des appareils produisant des radiations ionisantes.

financement: Le coût est assumé par le gouvernement provincial qui reçoit une assistance fédérale pour les salaires et pour les projets spécifiques, ordinairement dans le domaine de l'hygiène industrielle.

coût annuel:	1964-1965 -	Provincial	\$386,300.
		Fédéral	\$ 50,000.
			<u>\$436,300.</u>

## 2- Nutrition, hygiène maternelle et éducation sanitaire.

- objet:
- Le service de la nutrition: Faire connaître à la population les principes d'hygiène alimentaire et enseigner la nutrition et l'hygiène alimentaire.
  - La Division de l'Hygiène maternelle et infantile: Favoriser l'hygiène maternelle et infantile et fournir une assistance technique. Enseigner l'hygiène pré-natale, s'occuper des accouchements, donner des soins aux nouveaux-nés.
  - L'Education sanitaire: Coordination du programme d'éducation au palier provincial. Production et distribution de matériel éducatif. Assistance technique sur la méthodologie de l'éducation sanitaire, la dynamique des groupes et l'utilisation des moyens de communication des masses. Relations publiques avec les organismes publics et privés intéressés à l'éducation sanitaire.

financement: Le coût est assumé en entier par le gouvernement de la province.

coût annuel: 1964-1965 - \$88,500.

## 3- Rassemblement des statistiques vitales.

objet: Rassemblement des enregistrements démographiques (naissances, mariages, décès, mort-nés, adoptions, légitimations, etc.) en vue d'établir les programmes de santé publique, d'établir le bilan de la population et d'émettre les certificats pouvant être requis par les individus.

financement: Le coût est assumé en entier par le gouvernement de la province.

coût annuel:	1964-1965 -	Administration	\$161,000.
		Honoraires payés	\$ 85,000.
			<u>\$246,000.</u>

4- Laboratoires.

objet: Aide au dépistage et à la prévention des maladies par l'examen d'échantillons d'eau, de lait et de denrées alimentaires; l'examen de prélèvement pour le dépistage et le diagnostic des maladies contagieuses ainsi que les services spéciaux de pathologie.

financement: Le coût est assumé en entier par le gouvernement de la province.

coût annuel: 1964-1965 - \$342,000.

c) Loi des unités sanitaires. S.R.Q. 1964, ch. 102Service des unités sanitaires.

objet: Surveillance et protection de la santé publique dans les comtés où elles sont établies.

fonction: Education sanitaire de la population, dépistage des maladies contagieuses, vaccinations et immunisations, hygiène infantile, salubrité publique, laboratoire, service médical aux colons.

financement: Le gouvernement provincial assume la plus grande partie du coût et reçoit une assistance des gouvernements fédéral et municipaux.

coût annuel: 1964-1965 - \$6,379,700.

d) Loi de l'assurance-hospitalisation. S.R.Q. 1964, ch. 103

Un résumé de cette loi et une description de l'organisme chargé de son administration ont été faits dans le volume II "Régimes publics et privés au Québec".

e) Loi des Hôpitaux. S.R.Q. 1964, ch. 164

Un résumé de cette loi est fait dans le chapitre précédent.

f) Loi des institutions pour malades mentaux. S.R.Q. 1964, ch. 166Services psychiatriques.

objet: Réception, garde, entretien et traitement des malades mentaux.

prestations: - Services internes: Transport, traitement et soins hospitaliers à un taux maximum de \$4. par jour variable d'après l'état d'indigence du patient qui est déterminé par les Services psychiatriques du ministère de la Santé. Les frais médicaux sont inclus au même titre que les frais hospitaliers.

- Services externes: Traitement moyennant le paiement des frais d'inscription selon le revenu des patients.

financement: Les revenus servant au financement proviennent de trois sources:

- a) La Province
- b) Contribution des patients payants: moyenne de 20 à 30 dollars par mois
- c) Pension de vieillesse: payée par le Curateur Public à titre de frais de remboursement.

coût annuel: 1964-1965	a)	\$ 37,190,500.
	b)	\$ 500,000.
	c)	\$ 1,500,000.
	total	\$ 39,190,500.

g) Loi des institutions psychiatriques pour détenus. S.R.Q. 1964, ch. 169

h) Loi des maladies vénériennes. S.R.Q. 1964, ch. 168

Service des maladies vénériennes.

objet: Déclaration, prévention et contrôle des maladies vénériennes.

fonction: a) territoires urbains: traitement médical complet et gratuit dans les hôpitaux autorisés à avoir des dispensaires pour les maladies vénériennes.  
b) territoires ruraux: traitement médical complet et gratuit pour les nécessiteux. Détermination de l'état d'indigence par le médecin traitant.

financement: Le coût est assumé en entier par le gouvernement de la province.

coût annuel: 1964-1965 - \$219,100.

i) Loi de l'Assistance publique. S.R.Q. 1964, ch. 216

L'administration de cette loi a été confiée au ministère de la Santé pour ce qui concerne les hôpitaux et les sanatoriums et au ministère de la Famille et du Bien-être social pour ce qui concerne les autres institutions.

Service de l'assistance publique.

objet: - La mise en oeuvre des prescriptions de la présente loi destinées à venir en aide aux oeuvres d'assistance publique.

- Examen des demandes de subventions.

- Distribution et surveillance de l'emploi des subventions en deniers ou d'aides quelconques accordées aux institutions reconnues d'assistance publique.

- Adoption des mesures nécessaires pour obtenir la déportation et le rapatriement des émigrés susceptibles d'être déportés en vertu de la Loi de l'immigration du Canada.

prestations: - Tous les soins médicaux et d'entretien nécessaires.

- Transport pour le rapatriement.

- 50% du coût des appareils orthopédiques.

financement: - La province de Québec paie à elle seule tous les frais d'entretien.

- Les indigents qui reçoivent une pension quelconque doivent en verser 80% pour leurs frais d'entretien.

coût annuel:	1964-1965	Provincial	:	\$ 3,827,000.
		Remboursements:	:	\$ 1,500,000.
				\$ 2,327,000.

j) Loi des hôpitaux privés. S.R.Q. 1964, ch. 217

L'administration de cette loi a été confiée au ministère de la Santé pour ce qui concerne les hôpitaux proprement dit, les dispensaires, consultations et cliniques et au ministère de la Famille et du Bien-être social pour les autres domaines.

## TABLE DES MATIERES

	Page
Introduction	1
CHAPITRE I	
Aspects constitutionnels	3
CHAPITRE II	
Relations fédérales-provinciales	7
Conférences fédérales-provinciales	9
Conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé du 23 septembre 1965	13
Conférence interprovinciale des ministres de la Santé du 22 novembre 1965	18
CHAPITRE III	
Lois des hôpitaux et de diverses professions	19
Loi des hôpitaux	20
Loi médicale	24
Loi des dentistes	27
Loi de pharmacie	30
Le syndicalisme au sein de la profession médicale	35
CHAPITRE IV	
Autres lois dans le domaine de la santé	36

